

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

133

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Charles COURCIÈRES

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Ex-interne de l'hôpital départemental de la Seine

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

par le procédé de Whitehead

Président : M. TERRIER, Professeur.

*Juges : MM. { Aug. BROCA, Agrégé.
RIEFFEL, Agrégé.
LEGUEU, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

1255

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Charles COURCIÈRES

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Ex-interne de l'hôpital départemental de la Seine

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES

par le procédé de Whitehead



Président : M. TERRIER, *Professeur*.

Juges : MM. { Aug. BROCA, *Agrégé*.
RIEFFEL, *Agrégé*.
LEGUEU, *Agrégé*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

M DEBOVE.
MM

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

CH. RICHET
GARIEL
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD
HUTINEL.
BRISSAUD
LANNELONGUE.
CORNIL.....

SECONDE.
POUCHET
GILBERT.
CHANTEMESSE
THOINOT.
DEJERINE.
ROGER.

Clinique médicale..

HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
LE DENTU

Maladies des Enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

TERRIER
BERGER.
RECLUS.
DE LAPPERSONNE
ALBARRAN.
PINARD.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

POZZI.
KIRMISSON
Albert ROBIN.

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....

Agrévés en exercice.

MM

MM

MM

MM

AUVRAY.
BALTHAZARD.
BRANCA
BEZANÇON.
BRINDEAU.
BROCA André
CARNOT.
CLAUDE
CUNEO.
DEMELIN.

DESGREZ.
DUPRE
DUVAL.
FAURE
GOSSET.
GOUGET
JEANSELMR.
LABBE.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

LEGRY.
LEGUEU
LEPAGE
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.
POTOCKI.

PROUST.
RENON.
RICHAUD
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.
TEISSIER.
THIROLOIX
VAQUEZ.
WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, ce nous est un plaisir de rendre à nos maîtres l'hommage de la reconnaissance qui leur est due, pour les leçons si pleines d'enseignements et pour la bienveillante sympathie qu'ils n'ont cessé de nous témoigner. Si, au cours de notre carrière médicale, nous pouvons faire œuvre utile, c'est à eux qu'en reviendra l'honneur.

Notre reconnaissance va d'abord à M. le professeur agrégé Pierre DUVAL et au docteur VEAU, chirurgiens des hôpitaux, qui nous ont appris cette science, utile entre toutes, l'anatomie, sans laquelle il n'est point de médecine possible.

Nous avons fait nos premiers pas en clinique sous l'égide du regretté docteur MERKLEN, qui faisait si bien revivre, pour ses élèves, les leçons de son maître, le professeur Potain.

A l'hôpital des Enfants-Malades, le docteur BRUN, et à l'hôpital Trousseau, M. le professeur agrégé NETTER, nous ont initié à la thérapeutique médico-chirurgicale, si spéciale et si intéressante des maladies infantiles.

C'est dans le brillant service de notre cher maître, M. le professeur agrégé Ch. MONOD et de ses assistants, les docteurs ARROU et LAUNAY, chirurgiens des hôpitaux, que nous avons appris à reconnaître, et à soigner les affections chirurgicales. Les années trop courtes que nous avons passées auprès de ce maître seront de celles dont le souvenir nous restera le plus cher. M. le docteur Monod nous a appris à aimer le malade, à le soigner, non pour mettre notre science en relief, mais avant tout, pour lui être utile ; il nous a appris à être doux, à être bon.

Dans le service de M. le professeur HAYEM nous avons fait une année de médecine générale qui a été pour nous des plus profitables. Dans la crèche qui est annexée au service, nous avons pu apprendre les maladies de la toute première enfance.

A la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de M. le professeur agrégé BAR, assisté du docteur BRINDEAU, nous avons acquis nos connaissances en obstétrique. Leurs leçons profondément didactiques, essentiellement pratiques, sont de celles que l'on n'oublie point.

A la clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Necker, sous l'enseignement si recherché du maître, M. le professeur GUYON, dont nous avons eu la bonne fortune d'être l'élève, nous avons acquis quelques-unes des notions qui nous seront des plus utiles, au cours de notre carrière médicale.

Dans le service du docteur Alex. RENAULT, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, nous avons puisé le meilleur de nos connaissances en dermatologie et en syphi-

ligraphie. A lui va notre reconnaissance ainsi qu'à M. le docteur GRIFFON.

Nous avons terminé nos études en faisant une année d'internat à la Maison départementale de la Seine ; nous remercions MM. les docteurs LAUGIER et SAPELIER de la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner. Notre reconnaissance est particulièrement acquise à M. le docteur REYMOND dans le service duquel, grâce à la large part d'initiative qu'il a bien voulu nous laisser, nous avons pu étendre considérablement nos connaissances chirurgicales. C'est lui qui a bien voulu nous fournir les premiers éléments de notre thèse. Nous garderons de ce séjour le meilleur souvenir.

Nous adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à M. le professeur Terrier, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553031_0031

CHAPITRE PREMIER

Tous les traitements qui ont été proposés, pour les ectasies veineuses, ont été appliqués aux hémorroïdes. La situation spéciale de ces dernières, à l'extrémité du conduit recto-anal, leur a valu, de plus, une quantité de procédés thérapeutiques spéciaux.

Une foule de médicaments ont été proposés ; ils devaient avoir un effet curatif ; c'étaient l'hamamelis virginica, l'ergot de seigle, le poivre de Cayenne, etc. Toutes ces substances ont été abandonnées.

On a proposé ensuite des moyens pour agir contre les hémorrhagies, contre les poussées inflammatoires ; aucun d'eux n'agit sur l'hémorroïde elle-même : ils n'interviennent tous que comme traitement symptomatique.

Il faut arriver enfin aux traitements opératoires : dilatation, massage, injections modificatrices, et à tous les procédés d'excision, pour trouver des moyens agissant réellement sur la tumeur hémorroïdale elle-même.

Le traitement des hémorroïdes a donc suivi un véritable cycle évolutif, une tendance vers le progrès, vers le mieux, qui a abouti, semble-t-il, de nos jours, à mettre en évidence un procédé né en Angleterre : l'opération de

Whitehead, à laquelle se sont ralliés presque tous les chirurgiens. — Ce mode opératoire a pu recevoir quelques variantes, celles de QUÉNU, de DELORME, de RECLUS, etc., mais le plan fondamental et les résultats qu'on peut attendre de ces diverses manières de faire, ne sont pas sensiblement modifiés.

Ce sont les conséquences de l'antisepsie et la découverte de la forcipressure qui ont permis à l'excision de triompher et de remplacer les anciens procédés de cautérisation ou de ligature ; car ce que redoutaient les anciens opérateurs, c'était l'hémorrhagie et l'infection post-opératoire. Depuis que nous savons être propres, chirurgicalement parlant, même au niveau des régions considérées normalement comme les plus infectées, ou pouvant être le plus aisément souillées, depuis que nous pouvons obtenir des réunions par première intention, nous sommes à l'abri de deux complications également possibles : le rétrécissement et la longueur de la cicatrice.

Ce que nous voudrions essayer de montrer, dans ce modeste travail, c'est que toutes les complications, tous les inconvénients auxquels pouvaient donner lieu les anciens procédés, n'existent plus avec l'excision de la tumeur elle-même, que les résultats sont meilleurs que par le passé, et qu'ils sont durables.

Il est rare qu'on ait la bonne fortune de revoir des malades longtemps après qu'ils ont été opérés ; c'est cependant, nous semble-t-il, la meilleure façon de juger de la valeur d'un procédé opératoire, car bien des états actuels sont sous la dépendance d'états pathologiques antérieurs. Un procédé ne vaut, en effet, que s'il est bon actuellement

et s'il n'expose le malade à aucune complication fâcheuse dans l'avenir.

Nous avons essayé, cependant, de vérifier l'état des malades chez lesquels l'intervention avait été pratiquée il y a quelque temps déjà : ils ont tous subi la cure radicale d'hémorroïdes par le procédé de Whitehead et les dates depuis lesquelles ils ont été opérés s'échelonnent entre quelques mois, deux, quatre et même six ans.

Il nous a paru intéressant de rechercher si aucun accident n'était survenu localement depuis l'intervention, de savoir si ces malades n'avaient pas subi de nouvelles opérations du fait de la première, si des récidives n'étaient point venu troubler leur état de santé, et surtout de voir s'ils n'avaient point de rétrécissement, ce qui est le grief principal dont on avait accusé la méthode de Whitehead. Nous comparerons ces résultats à ceux qu'ont pu donner les autres méthodes.

Dès maintenant nous nous excusons du nombre relativement restreint d'observations que nous pouvons présenter. Nous croyons pouvoir en trouver la raison dans ce fait, qu'il est très difficile de retrouver d'anciens malades soignés dans nos hôpitaux, ils changent souvent de domicile, et un grand nombre chez lesquels nous nous sommes présentés ont disparu sans laisser de trace, ou ont quitté Paris. M. le professeur RECLUS, dans une statistique de 17 cas, qu'il présente à la Société de chirurgie, ne fait entrer que des malades opérés en ville (1).

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1892, p. 502.

CHAPITRE II

RÉSULTATS IMMÉDIATS DES DIVERS PROCÉDES OPÉRATOIRES

Si nous admettons donc que l'excision aux ciseaux ou au bistouri est la meilleure opération actuelle pour le traitement des hémorroïdes, nous devons en comparer les résultats immédiats avec ceux des autres procédés d'intervention.

Dilatation.

Une des théories pathogéniques de la formation des hémorroïdes voudrait que celles-ci soient dues « à l'oblitération des canaux de sûreté, qui, à travers les sphincters, relient les hémorroïdales supérieures aux inférieures (1) ». La dilatation forcée aurait précisément pour but la destruction de cette oblitération. Du même coup, les crises douloureuses cessent ; la constipation, cette grande cause d'hémorroïdes, disparaît, ainsi que les hémorrhagies. FON-

(1) Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, p. 394.

TAN, atteint d'hémorroïdes, subit lui-même la dilatation (1), vit ses hémorroïdes disparaître, et avec elles tout leur cortège symptomatique et douloureux. Cette méthode fut mise en honneur en France par VERNEUIL, PANAS ; nous montrerons, par la suite, qu'elle n'est point curative, mais seulement palliative ; elle fait cesser les accidents de procidence, elle supprime le phénomène douloureux, l'hémorrhagie, mais elle ne guérit pas. Ce qui, autrefois, était donc considéré comme le meilleur traitement des hémorroïdes, n'est plus devenu par la suite qu'un temps, le premier, de tous les procédés d'excision dont nous parlerons. La dilatation trouve son indication lorsqu'on a affaire à des hémorroïdes ulcérées qui finissent par aboutir à la formation de fissures anales. Nous adresserons la même critique aux autres modes de dilatation, obtenue avec des bougies comme la pratiquait Copeland, ou avec les doigts introduits successivement dans l'anus, comme le faisait Récamier.

Méthode modificatrice.

On a tenté, également, de modifier les varices anales, de les flétrir, en quelque sorte, en produisant à leur niveau une **réaction inflammatoire aseptique**, qui amène la thrombose et l'oblitération des veines. C'est ainsi qu'on a préconisé les attouchements en surface faits avec la glyc-

(1) *Bull. et mèm. de la Société de Chir.*, Paris, 1877, p. 141.

rine phéniquée, l'ichtyol, l'acide nitrique qu'on appliquait tous les huit ou quinze jours et dont on répétait l'application jusqu'à trois et quatre fois. Ce traitement est donc très long, il expose à des escharres, à des fissures, qui peuvent être plus douloureuses que le mal qu'on a voulu combattre.

Certains chirurgiens, des Américains surtout, ont préconisé le traitement des varices anales par l'**injection intra-hémorroïdaire**, des mêmes liquides que nous venons de voir appliquer en surface : c'est la glycérine phéniquée qui d'après Kelsey est le traitement de choix (1), le sulfate de fer, le sulfate de zinc, l'ergotine, l'éther iodoformé.

Le temps pendant lequel on est obligé de renouveler ces injections peut durer l'espace d'un trimestre : c'est bien long ! Et ce procédé lui-même n'est pas sans danger, puisque le docteur Andrews, de Chicago, qui a fait une enquête sur les résultats opératoires de cette technique, est arrivé à cette conclusion : que sur 3.304 cas qu'il a pu réunir, il y a 13 décès ; c'est relativement considérable, si l'on songe qu'il existe des procédés beaucoup moins longs, bien moins douloureux, bien plus sûrs, et que souvent les hémorroïdes, sans vouloir les considérer, ainsi que DE MONTÈGRE, comme un événement heureux, « comme assurant, en quelque sorte, la conservation de la santé », ne constituent, en général, qu'une infirmité plus ou moins gênante.

GOSSELIN, TILLAX, POZZI, donnent la préférence à

(1) *New-York med. journ.*, 1882, t. XXXVI, p. 131. 2

l'**ignipuncture**, dans les cas d'hémorroïdes peu volumineuses. Cette opération est très peu sanglante, et elle trouve son indication dans les bourrelets hémorroïdaux isolés, peu nombreux et non enflammés.

L'électrolyse a pu être employée : dans tous les cas on évitera de se servir du pôle négatif, qui donne des escharres. Ce procédé est très douloureux, alors même qu'on fait durer chaque séance un temps très court. De plus, il nous semble peu pratique, étant donné qu'il nécessite un arsenal chirurgical assez spécial, et une habitude assez grande du maniement des appareils d'électricité médicale que peu de praticiens possèdent.

Destruction.

En 1899 une communication de M. Ch. MONOD à la Société de chirurgie, au sujet de son procédé de thérapeutique chirurgicale des hémorroïdes, mit à l'ordre du jour tous les modes d'exérèse connus ; le débat fut long, dura plusieurs séances, un grand nombre de membres de la savante société y prirent part (1). On parla des anciens procédés ; les nouvelles méthodes surent aussi rallier à elles nombre de partisans.

Il nous semble que nous pouvons éliminer, sans discus-

(1) *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1899, t. XXV.

sion aucune, la **torsion** et la **simple excision** ; ces opérations simples, à la vérité, laissaient la porte largement ouverte aux complications que l'on considérait, à juste titre, comme des plus graves : les hémorrhagies secondaires, les phlébites suppurées, et enfin l'infection purulente. C'était le procédé employé par DUPUYTREN. La crainte des accidents terribles, dont nous venons de parler, fut l'origine d'une méthode nouvelle : l'**écrasement linéaire** de CHASSAIGNAC ; qu'on écrasât en totalité ou en partie le bourrelet hémorrhédaire, dans les deux cas on arriva, quelquefois, à un résultat beaucoup plus grave que la maladie qu'on avait voulu combattre ; on eût du rétrécissement. Pour ces raisons, l'écrasement est une méthode qui a vécu.

La **ligature** est un moyen qui a eu ses partisans et ses détracteurs. Le procédé type primitif consistait à lier l'hémorroïde par un fil serré à sa base, qu'on avait pédiculisée avec une pince de Kocher, et à rentrer la tumeur ainsi liée dans le rectum. Etant séparée de l'organisme, la tumeur se sphacèle et laisse après elle une petite plaie, qui sera longue à cicatriser : cette plaie ouverte est un moyen de pénétration tout indiqué pour l'infection. ALLINGHAM, grand défenseur de cette façon de traiter les hémorroïdes, estime que quinze jours environ suffisent à la guérison. On a été plus loin, et après avoir lié, on a excisé ; c'est un acheminement vers d'autres procédés dont nous parlerons. La ligature sera la méthode à employer pour le traitement des petits paquets variqueux, faciles à pédiculiser. Un de ses principaux inconvénients c'est d'être très douloureuse.

Nous avons vu que l'ignipuncture se proposait de modifier la tumeur hémorroïdale, la **cautérisation** la détruit en totalité, qu'elle soit simple ou combinée avec l'excision. C'est dans ce but que RICHET inventa une sorte de fer à friser volumineux, qu'il chauffait à blanc, et avec lequel il saisissait la tumeur qu'il serrait jusqu'à ce qu'elle fût réduite en cendres « *volatilisée* ». BERGER, BAZY, sont partisans de cette méthode. Voici comment la juge DELBET : « J'ai vu Richet, quand j'étais son interne, appliquer un grand nombre de fois son procédé, j'ai été terrifié de l'intensité des douleurs qui suivaient l'opération ; j'ai vu des malades mourir de pyohémie, et tout cela m'a laissé des souvenirs si pénibles que je n'ai jamais employé la volatilisation (1). » Cette phrase nous semble-t-il, suffit à montrer que, si l'on peut, on fera bien de ne pas user d'un procédé dont les résultats immédiats sont, d'une part, une douleur extrêmement intense, et d'autre part, la mort par pyohémie, dans quelques cas.

La douleur, après l'application du fer rouge, est constante, de l'avis de presque tous les chirurgiens : l'explication en est dans ce fait, que le cautère produit de l'inflammation, et celle-ci de la douleur. SCHWARTZ nie qu'elle soit aussi considérable qu'on a bien voulu le dire. Alors même que les malades échapperaient à ces accidents graves, pyohémie, douleurs persistantes, la cautérisation laisse, après elle, une petite escharre, qui à sa chute donnera le jour à une plaie lente à guérir, et qui peut être l'origine d'hémorrhagie ou d'infection ; si la cicatrisation se fait mal

(1) Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*. T. VIII, p. 523.

on pourra avoir un rétrécissement. Si on veut appliquer la cautérisation on la réservera pour les grosses masses.

Excision suivie de suture.

Nous arrivons, enfin, aux procédés qui actuellement sont le plus en faveur. Ils ont tous pour objet l'excision des veines ectasiées, suivie de suture.

M. Ch. MOXON présente un procédé d'excision longitudinale qui ne doit intéresser que la muqueuse, et jamais la peau : la suture qui suit l'excision est muco-muqueuse. Sa méthode, dit l'auteur, n'amène jamais la production de rétrécissement. M. RECLUS, au contraire, fait une excision transversale et sa suture est muco-cutanée ; l'incision est limitée si la tumeur hémorroïdaire est limitée ; elle peut devenir circonférentielle, si le bourrelet hémorroïdal intéresse tout le pourtour de l'anus. ALLINGHAM a décrit un procédé analogue ; incision de la muqueuse, évacuation des petits caillots, suture et réunion par première intention. C'est un procédé analogue que M. QUÉNU emploie souvent. Quel que soit le moyen d'intervention, on le réservera pour les hémorroïdes procidentes non enflammées, qui seront en paquets isolables et qui n'occuperont pas tout le pourtour de l'anus. Si, au contraire, les veines ectasiées forment un bourrelet continu, occupant l'orifice anal tout entier, si les varices internes sont accompagnées de varices externes volumineuses, nous croyons préférable d'employer *le procédé de WHITEHEAD*.

CHAPITRE III

LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD. — SES RÉSULTATS IMMÉDIATS.

Nous ne nous attarderons pas à décrire le procédé de WHITEHEAD. Cette technique opératoire a fait l'objet de nombreuses communications aux sociétés savantes, et a été le sujet de plusieurs thèses.

C'est en 1882, que WHITEHEAD publia l'observation du premier malade qu'il avait opéré d'hémorroïdes par son procédé. Il s'agissait d'une dame qui souffrait horriblement, qui était devenue irascible, neurasthénique et vivait, en quelque sorte, en dehors de la société. Il raconte que l'opération terminée, la guérison s'en suivit et la patiente en éprouva un tel soulagement, le résultat fut à ce point parfait, qu'elle put vaquer à ses occupations domestiques et à ses devoirs sociaux comme aux années où elle n'était point affligée de cette infirmité.

Le résultat immédiat, heureux, de cette première opération, encouragea le chirurgien de Manchester à la renouveler. En 1887, Whitehead rapporte dans le *British Me-*

dical Journal une statistique de trois cents cas d'hémorroïdes opérées par son procédé, à la suite desquels il n'a pas eu à déplorer un seul accident sérieux.

Il donne de sa technique une description extrêmement simple et claire. En substance elle consiste à disséquer un manchon muqueux contenant toutes les hémorroïdes, à reséquer ce manchon et à suturer à la peau la tranche muqueuse ainsi obtenue. On poursuivra la dissection jusqu'au dessus du sphincter interne.

Les résultats immédiats du Whitehead sont excellents. Dans toutes les observations que nous avons relevées, soit dans le service de M. le professeur TERRIER, à la Pitié, ou dans le service du docteur REYMOND, à l'Hôpital Départemental de la Seine, au sujet des opérations pratiquées par nos collègues ou par nous, nous avons constaté que le malade sort rapidement, guéri, de l'hôpital.

Nous avons noté quelquefois de la rétention d'urines post-opératoire, qui persiste les premiers jours ; c'est un phénomène bien connu qui se produit souvent après les interventions sur la région ano-rectale. Le cathétérisme a facilement raison de cette rétention passagère. D'autres fois le malade supporte mal le pansement, il le déplace, l'enlève même, quelques fils cèdent sous l'influence de ces tiraillements : cela ne compromet pas la réunion par première intention. la guérison est simplement retardée de quelques jours.

Nous voulons, surtout, insister sur ce fait, que les malades sortent rapidement de l'hôpital et qu'ils sont guéris. Dès le deuxième ou le troisième jour, ils expulsent spontanément le drain qu'on avait mis dans leur rectum ; ils

se lèvent vers le treizième ou le quatorzième jour, et dès le quinzième ils peuvent quitter l'hôpital. Quinze jours d'hôpital est, en effet, le temps moyen qui ressort des statistiques de QUÉNU. C'est aussi le temps de séjour des malades du service du professeur TERRIER, d'après le relevé des opérations du pavillon Michon, qu'il a bien voulu nous permettre de consulter. Amaral CARVALHO (1) constate les bons résultats immédiats du Whitehead, sa thèse relate les résultats de dix-huit opérations, toutes terminées de façon heureuse.

Indépendamment de ce séjour relativement court à l'hôpital, les malades, lorsqu'ils sortent, n'ont plus d'hémorragie, leurs selles sont normales, ils ne sont plus constipés.

RICARD et LAUNAY reconnaissent que la méthode de Whitehead expose à la blessure du sphincter et qu'elle n'est bonne que si la réunion par première intension est obtenue ; faute de quoi, on s'expose à avoir un rétrécissement cicatriciel de l'anus. On peut, d'après eux, obtenir d'aussi bons résultats avec le fer rouge qu'avec l'excision ; mais dans ce cas la cicatrisation est longue, les phénomènes réactionnels qui suivent le réveil du malade sont intenses, la douleur est très violente ; la cicatrisation est lente, puisqu'il faut d'abord attendre la chute de la petite escharre formée par le cautère, ensuite la réunion secondaire ; ne serait-ce point là une cause possible de ce rétrécissement cicatriciel que l'on veut éviter à tout prix ? Les auteurs dont nous parlons reconnaissent, alors, qu'avec l'asepsie, l'antisepsie et les

(1) *Thèse*, 1905.

soins pré et post-opératoires on est à l'abri de ces complications.

Ceci nous amène à dire quelques mots au sujet des précautions qu'il faut prendre pour tendre vers la perfection, en employant le procédé de Whitehead. Ces précautions sont de trois ordres :

1° Pré-opératoires ;

2° Opératoires ;

3° Post-opératoires.

DELORME insiste tout particulièrement sur les soins minutieux dont devra être entouré le malade avant d'être opéré ; on ne saurait trop répéter, en effet, que le succès de l'opération dépend, en grande partie de la propreté, de la désinfection faite avec le plus grand soin, de la région ano-rectale. Les quatre ou cinq jours qui précèdent l'opération, on devra purger le malade avec un léger purgatif, de 10 à 15 grammes de sulfate de magnésic ou d'huile de ricin ; l'avant-veille de l'opération, purgatif complet. Si le malade peut le supporter on le mettra, en même temps, au régime lacté absolu, à trois litres, puis à deux litres et enfin à seul litre, dès l'avant-veille de l'opération. On donnera également des lavements boriqués et la veille de l'opération un grand bain. Pour éviter des débâcles fâcheuses, au moment de l'intervention, on donnera, dès l'avant-veille, de l'opium à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour, et sous forme d'extrait d'opium. Le malade sera soigneusement rasé au pourtour de l'anus. On fera, avec soin, la toilette de la verge et des bourses, ou de la vulve et du vagin.

Le malade, ainsi préparé, sera amené à la salle d'opéra-

tion et c'est en hypnose chloroformique complète qu'on devra intervenir. On doit tenir compte des cas de syncope qui ont pu survenir au moment de la dilatation anale, lorsque le malade ne dormait pas suffisamment; et au cours de l'opération elle-même, le sommeil profond du malade a aussi son importance; celui-ci ne pousse pas, il ne vomit pas, partant, la quantité de sang dont les hémorrhoïdes sont gorgées sera minimum. Le malade sera dans la position de la taille, cuisses et jambes fléchies, afin que le chirurgien ait bien sous les yeux tout son champ opératoire.

La dilatation terminée, on lave soigneusement le rectum et les bords de l'anus. Avant de commencer l'opération, il est bon de prendre la précaution suivante : enfoncer avec une pince de Kocher une ou deux compresses stérilisées dans l'ampoule rectale; elles empêchent que quelque particule de matière fécale ne vienne souiller le champ opératoire. On se souviendra de cette manœuvre, et à la fin de l'opération, il suffira d'enlever les compresses, en ayant soin de ne point leur faire toucher les bords de la plaie qu'on viendra de suturer.

« La règle est d'inciser juste à l'union de la peau et de la muqueuse : cette règle est bonne, il faut s'y tenir étroitement (1). » On disséquera la muqueuse en commençant par la demi-circonférence inférieure, afin de n'être pas gêné par le sang qui suinterait de l'incision supérieure.

Au moment de la suture de la peau et de la muqueuse, on aura soin de prendre relativement peu de peau, mais

(1) Delbét. *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, 1899, p. 625.

de remonter assez haut sur la muqueuse, si on ne veut pas que plus tard quelque fil cède. « La muqueuse est si lâche, que lorsqu'on pratique la suture, nous dit RECLUS, il faut veiller à ses points et comprendre, toujours, entre chacun d'eux plus de muqueuse que de peau, si on ne veut pas à la fin de l'opération, avoir un excès de muqueuse saignant ou en saillie. » (1)

On fera bien, également, de faire les sutures cutanéomuqueuses avec du catgut, ceci a un double avantage : le catgut se résorbe aisément et rapidement d'une part ; d'autre part on supprime, du même coup, un temps lointain de l'opération, qui n'est pas le moins douloureux : l'ablation des fils.

L'opération terminée, on mettra dans le rectum, ou une mèche iodoformée, ou ce qui nous paraît être mieux, un drain assez gros entouré d'une compresse stérile, vaselinée, qui facilitera l'expulsion des gaz. Le pansement sera maintenu par un grand bandage en T.

Il importe, pour que la réussite de l'opération soit parfaite, que le malade reste constipé longtemps encore après qu'on lui a enlevé ses hémorroïdes. On maintiendra l'opéré à la diète lactée pendant une douzaine de jours ; ce temps écoulé, on institue le régime lacto-végétarien. En même temps le malade prendra de petites quantités d'extrait d'opium, 2 à 4 centigrammes par jour.

On a reproché à l'opération de Witehead d'être longue et délicate, de demander jusqu'à une heure et même cinq quarts d'heure ; ce temps nous paraît exagéré, et

(1) *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, Paris, 1892, p. 502.

malgré notre modeste expérience, nous pouvons assurer n'avoir jamais dépassé trois quarts d'heure pour pratiquer cette intervention.

Nous résumons ainsi les avantages immédiats du traitement de WHITEHEAD traduisant presque textuellement ses propres conclusions :

1° La méthode est naturelle, nullement en contradiction avec ce que nous savons de la chirurgie et de l'anatomie du trajet recto-anal.

2° L'excision circulaire au bistouri est une opération simple, qui ne nécessite pas un arsenal chirurgical bien compliqué, et que tout praticien doit pouvoir exécuter. Un bistouri, une pince à disséquer, quelques pinces à forcipressure et une aiguille de Reverdin, une paire de ciseaux, sont, en effet, les seuls instruments nécessaires. De plus une nurse peut remplir les fonctions d'aide.

3° C'est, de plus, une « *cure radicale* », qui, sectionnant toute la muqueuse, enlève, du même coup, la totalité des veines ectasiées.

4° La douleur post-opératoire est relativement peu intense. Nous avons dû cependant, chez quelques-uns de nos opérés, administrer une légère dose de morphine.

5° On a dit que le Whitehead était, non seulement une opération longue, mais encore une opération sanglante. Nous nous permettons de nous élever contre cette assertion. Whitehead lui-même évalue à deux onces la quantité de sang perdu. C'est quelquefois moins, surtout si on a soin de lier au fur et à mesure qu'on le coupe, tous les vaisseaux qui saignent en jet, et si, ayant amorcé la dissection de la muqueuse d'avec la sous-muqueuse, à l'aide

des ciseaux, après avoir aperçu les premières fibres du sphincter externe, on a soin de continuer avec le doigt et la compresse. On procèdera de la façon suivante : un doigt est dans l'orifice anal, l'autre en dehors, sur la face externe de la muqueuse ; sur le doigt interne qui sert de guide on poursuit la dissection, avec la compresse on sépare la muqueuse des plans profonds, de la même façon qu'on décolle un sac herniaire. L'auteur reconnaît, lui-même, que le clamp suivi de ligature fait perdre, encore, moins de sang que l'excision, mais c'est un procédé qui, n'enlevant pas complètement la tumeur hémorrhoidale, permet les récidives.

Quelles sont donc les indications et les contre-indications de la cure des hémorrhoides par ce procédé, que nous préconisons, et auquel on a donné le nom de cure radicale ? Nous réservons le traitement de Whitehead :

1° aux cas où la muqueuse est trop malade, ou aux cas où elle est malade sur une trop grande étendue ;

2° il sera également applicable aux cas où le prolapsus de la muqueuse sera considérable : c'est celui des hémorrhoides volumineuses qui compromettent l'état de santé, qui saignent souvent.

Lorsque les varices anales internes seront sous le coup d'une poussée de phlébite, on a proposé l'opération de Whitehead, mais QUÉNU et HARTMANN la rejettent. « Dans ces cas, en effet, la muqueuse est extrêmement friable, son abaissement et sa coaptation à la peau sont des plus difficiles. On devra le plus fréquemment se contenter d'excisions multiples suivies de sutures.

« Quel avantage par contre d'opérer à froid lorsqu'on est parvenu à la sédation des phénomènes inflammatoires ! Les tissus ont repris suffisamment de souplesse pour per-

mettre l'opération de Whitehead, formellement indiquée maintenant et de mettre, ainsi, le malade à l'abri de la récédive (1). »

Le Whitehead trouve une seconde contre-indication lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes étranglées, sphacélées, gangrénées. Le procédé de choix, dans ce cas, c'est le thermocautère.

Il est entendu, tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, que toutes les hémorroïdes ne sont point justiciables d'une intervention, que pour certaines une bonne « *hygiène du rectum* » s'opposera à leur évolution et que d'autres, étant symptomatiques d'affections péviennees. de cancer du rectum, de maladies du foie, etc., retiendront moins l'attention du thérapeute que l'affection principale. Les indications générales de l'intervention, en matière d'hémorroïdes, sont :

- 1° Prolapsus fréquent ;
- 2° Réduction difficile ;
- 3° Poussées inflammatoires ;
- 4° Douleurs très vives ;
- 5° Hémorrhagies répétées ;
- 6° Ulcération ou gangrène.

Si nous rapprochons ces indications de celles que nous avons données au sujet du Whitehead il nous semble que, il y a parallélisme complet entre les indications de l'opération anglaise et celles d'intervention en général ; attendu qu'elle agira sur la cause de ces diverses indications à la fois, puisqu'elle supprime toute la muqueuse malade.

(1) Sénéchal. Traitement opératoire des phlébites. *Gazette des Hôpitaux*, 6 avril 1907.

CHAPITRE IV

RESULTATS ÉLOIGNÉS DES DIVERS PROCÉDÉS PRO- POSÉS POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHOIDES

Nous avons dit ce qu'on pouvait attendre des divers procédés auxquels on s'adressait pour opérer des hémorrhoïdes. Il est intéressant de se demander ce que deviennent les malades chez lesquels on est intervenu par une de ces méthodes.

Que dire de la **dilatation** sous toutes ses formes ? Le cas de Foutan, rapporté par TH. ANGER, avait encouragé les chirurgiens à employer la dilatation forcée, et celle-ci était devenue la méthode en honneur vers 1850. Mais bientôt on vit que de nombreux malades, opérés d'hémorrhoïdes par ce procédé, revenaient à nouveau demander le secours de notre art. Tous les symptômes qui leur avaient fait demander une intervention étaient apparus de nouveau. Les cas de récidence se succédèrent rapidement et petit à petit la méthode fut abandonnée. Dans sa thèse, ROSENBAUM cite 33 observations de dilatation forcée pour

hémorroïdes de toutes natures. Nous avons fait le relevé des résultats à distance et nous avons trouvé qu'il y avait 19 cas de récurrence nette, récurrence simple ou récurrence accompagnée de hernie de la muqueuse.

M. le docteur POPOFF relate un cas de récurrence onze ans après la dilatation (*Vratch*, 1889).

« Je me rappelle, dit RICHET d'avoir vu avec M. le docteur Guéneau de Mussy, un malade qui avait été dilaté et chez lequel les hémorroïdes étaient revenues avec tous les inconvénients. » (*Semaine médicale*, 1885.)

« Cette année, M. le professeur Richet opérait dans son service un malade pour une récurrence d'hémorroïdes, traitées une première fois déjà par la dilatation. » (*Thèse de Langot*, 1882-1883.)

Dans une clinique de la Charité, GOSSELIN dit : « J'avais cru devoir, à cause de la procidence, soumettre mes deux malades à la dilatation forcée. Au bout de douze jours chez l'un, de quinze jours chez l'autre, la procidence avait reparu avec le même volume, le même saignement, la même difficulté à la réduction. »

Dans une séance de la Société de chirurgie (1), en 1892, le professeur RECLUS présente les observations de dix malades qu'il a opérés d'hémorroïdes par son procédé : quatre avaient déjà subi la dilatation et avaient vu survenir à nouveau tous les accidents primitifs, plusieurs années après cette première opération. Il cite, même, le cas d'un professeur qui avait été dilaté trois fois, en onze ans, et qui n'était pas encore guéri.

(1) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. Paris*, 1892, p. 502.

ROSENBAUM, dans sa thèse sur « *les résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée* », conclue en disant que c'est un moyen palliatif qui ne met nullement à l'abri des récidives.

La dilatation tend à être abandonnée aujourd'hui, en tant que traitement curatif des hémorroïdes. Elle est restée le temps initial et nécessaire de tous les procédés d'excision ; elle permet aux hémorroïdes de descendre en relâchant artificiellement les sphincters ; elle est suivie par les chirurgiens ou digitale, ou instrumentale.

Nous avons parlé du long débat qu'il y eut à la Société de chirurgie, en 1899, au sujet des divers procédés d'excision ; il y en eut un semblable en 1858, auquel prirent part GOSSELIN, FOLLIN, RICHET, VERNEUIL, et qui fut, en quelque sorte, le procès de l'écrasement linéaire proposé par CHASSAIGNAC. Le feu fut mis aux poudres par la présentation d'un malade faite par FOLLIN, malade qui avait un rétrécissement à la suite d'un écrasement circulaire, fait avec l'écraseur de Chassaignac. FOLLIN n'accepta que l'écrasement linéaire partiel, réservant des points muqueux entre les paquets turgescents ; VERNEUIL ne transigea pas, et rejetant l'écrasement, vanta la dilatation. L'excision par l'écraseur fut délaissée par la suite ; même appliqué partiellement l'écraseur provoquait de l'infection et des hémorragies post-opératoires, conséquence grave, surtout si l'on considère que le malade est déjà fortement anémié par les pertes de sang qu'il a eu à supporter avant l'intervention : ce sont ces hémorragies à répétition, qui le plus souvent l'ont engagé à se faire opérer.

La **ligature** comme la pratiquait ALLINGHAM est une bonne opération, mais si elle guérit les hémorroïdes actuelles, elle ne met pas à l'abri des récidives ; elle ne détruit que les paquets volumineux et laisse des portions de muqueuse malade qui seront dans l'avenir le point de départ de poussées hémorroïdaires nouvelles. De plus, elle a le gros inconvénient de laisser dans le rectum une partie qui se mortifie sur place et qui au moment de sa chute pourra être une cause d'infection.

L'**ignipuncture** a encore de nombreux partisans ainsi que la **cautérisation** et l'**écrasement au fer rouge**. Nous ne dirons qu'un mot du procédé de BOYER qui ne se contentait pas de détruire les hémorroïdes, mais qui touchait au thermo-cautère toute la partie inférieure du rectum. Cette méthode a causé fréquemment des rétrécissements. La technique de RICHEL, au sujet de laquelle nous avons donné l'appréciation de M. DEBLET, exige pour la guérison des malades des semaines et quelquefois des mois, elle donne assez souvent lieu à des rétentions d'urines tenaces. Elle nous paraît barbare, et en contradiction avec l'évolution même de la chirurgie ; avec l'antisepsie et la forcipresure, nous pouvons mieux, beaucoup mieux faire.

M. SCHWARTZ dit : « Lorsque les hémorroïdes sont petites, qu'il y en a deux ou trois grappes ou un bourrelet même circulaire peu volumineux, la dilatation anale avec le speculum de Trélat, après cocaïnisation de la région, puis l'ignipuncture constitue pour moi la méthode de choix. » C'est aussi l'avis de TILLAUX, celui de Pozzi : les résultats sont excellents.

Dans sa thèse, GRAVIER-SAINTE-LUCE dit : « Les malades

de M. Schwartz sont et restent guéris ; ceux de M. Pozzi le sont également depuis vingt, quinze, dix ans. » (*Thèse*, Paris, 1898.)

La méthode est en effet parfaite, mais M. QUÉNU croit qu'au sortir de l'hôpital il est impossible que le malade soit guéri ; le temps nécessaire dit-il à la chute de l'escharre et à la cicatrisation de la plaie qu'elle laisse derrière elle, demande un temps beaucoup trop long, et le malade sort fatalement avant d'être guéri.

M. DELBET trouve que c'est un procédé rétrograde : le fer rouge considéré comme antiseptique et comme hémostatique, c'est aller beaucoup trop en arrière ; considérer l'inflammation réactionnelle qui suit l'ignipuncture comme un événement heureux et curatif, c'est nier les progrès que la technique chirurgicale a fait depuis un demi-siècle, c'est faire revivre un processus que l'on doit vouloir faire disparaître à tout jamais. C'est aussi l'avis de POIRIER.

Ces critiques sont un peu sévères, nous semble-t-il ; nous devons nous incliner devant les statistiques qui sont excellentes. Ce que nous dirons, c'est que l'ignipuncture est un procédé qui a des indications très limitées au cadre tracé par M. SCHWARTZ et dont nous parlons plus haut.

La destruction par les caustiques est abandonnée.

Nous avons dit ce qu'il fallait penser de la méthode, dite américaine, des **injections modificatrices** intra-hémorrhoïdaires. Cette méthode est peu connue en Europe ; elle a été essayée par SPAAR de Bruxelles, par ROUX de Lausanne. Ce dernier aurait eu « des résultats éloignés qui

seraient supérieurs à ceux que donnent les interventions sanglantes (1) ».

M. Ch. MONOD, avec son procédé d'excision parallèlement à l'axe du rectum, n'a jamais eu de rétrécissement ; mais il n'est applicable qu'aux hémorroïdes bien pédiculisées. Nous en dirons autant du procédé du docteur Reclus. Mais pour les hémorroïdes procidentes, occupant l'orifice anal tout entier, lorsque en un mot on aura employé le traitement de Whitehead, ou ses dérivés, voyons quels seront les résultats obtenus ?

(1) G. Lyon. *Traité de Clinique thérapeutique*, art. Hémorroïdes, p. 346.

CHAPITRE V

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES PAR LE PROCÉDÉ DE WHITEHEAD

C'est en 1892, à une séance de la Société de Chirurgie, que DELORME présenta un des premiers malades opérés d'hémorroïdes en France par le procédé de Whitehead. L'opération datait de deux mois, les selles étaient régulières, le sphincter souple, sa dilatation normale, il n'y avait plus trace d'hémorroïde.

On discuta sur la valeur du procédé : MM. GÉRARD-MARCHANT, QUÉNU, BAZY, RECLUS, etc., prirent part à la discussion. On incriminait au procédé anglais deux complications possibles surtout : le rétrécissement et la longueur de la cicatrice. La méthode est trouvée bonne en elle-même, l'ablation d'un manchon muqueux circulaire supprimant toute la muqueuse atteinte d'hémorroïdes ; mais pour pallier à la possibilité de la formation d'un rétrécissement, les chirurgiens ont imaginé une foule d'autres procédés dont le plan est le même que celui de Whitehead ; ils n'en diffèrent que par quelques détails de technique.

La méthode de Whitehead est, maintenant, de date assez ancienne (la deuxième communication de l'auteur remontant à l'année 1887), pour qu'on puisse lui donner le nom de « *cure radicale* ». On en connaît très bien la technique, on sait pouvoir compter sur une réunion par première intention, même, au niveau de l'anus. On peut donc parler de résultats éloignés, de ces résultats qui seuls nous montreront ce que vaut la méthode, au point de vue des inconvénients qu'on lui reprochait.

On craignait, surtout, le rétrécissement et la longueur de la cicatrice. Qu'avons-nous constaté chez les divers opérés que nous avons examinés ? Chez tous, la cicatrice est bonne, elle ne dépasse pas la longueur de un à trois millimètres, elle suit la ligne de séparation de la muqueuse et de la peau ; elle est blanche et témoigne de la bonne réunion par première intention des parties sectionnées.

Chez aucun de nos malades nous n'avons constaté de rétrécissement. Une fois seulement (Obs. XXXV, un malade de 51 ans, opéré d'hémorroïdes procidentes arracha le drain qu'on lui avait mis dans le rectum le lendemain de l'intervention. Plusieurs fils cédèrent, la plaie fut ainsi largement ouverte ; on s'appliqua à bien désinfecter la région, et malgré ce fâcheux incident, il put sortir vingt jours après sensiblement guéri. Le 27 avril 1907, environ onze mois après l'opération, il revient nous consulter, et se plaint de n'aller à la selle qu'avec une certaine difficulté : l'examen de la région anale montre qu'il n'y a plus d'hémorroïde, le doigt pénètre mal dans le rectum. On fait alors au malade deux séances de dilatation avec les bougies d'Hégar ; le sphincter retrouve alors toute sa souplesse, le malade va

fort bien à la selle. Nous l'avons revu le 15 juin, le bon fonctionnement du sphincter s'est maintenu ; il n'éprouve aucune gêne, aucune difficulté, aucun trouble de défécation. Il nous semble que la rapidité du résultat obtenu avec les bougies, que le bon état de santé du malade, ne nous autorise pas à dire qu'il s'agissait là d'un rétrécissement vrai, mais du rétrécissement spasmodique des chirurgiens anglais. Nous savons, en effet, combien sont difficiles à vaincre les rétrécissements vrais. Les séances de dilatation doivent être espacées, on passe un nombre très restreint de bougies chaque fois, deux ou trois numéros, et souvent, enfin, on doit avoir recours au traitement sanglant. Ici rien de tout cela, deux séances ont suffi à vaincre ce pseudo-rétrécissement.

Quelques malades ont eu pendant un temps plus ou moins long, variant de quelques jours à quelques mois, de l'atonie sphinctérienne : lorsque le besoin d'aller à la selle se faisait sentir, ils ne devaient pas différer longtemps le soin de le satisfaire. Un de nos malades (Obs. XLI), opéré depuis peu, relativement, a encore cette parésie du sphincter. Un autre (Obs. V), opéré depuis près de cinq ans, lorsqu'il a de la diarrhée, doit se rendre à la garde-robe dès que le besoin s'en fait sentir ; son état général est des plus satisfaisants.

D'autres malades, ils sont huit (Obs. XXI, XXII, XXIII, XXVII, XXIX, XXXII, XXXIX, XL) ont un sphincter qui fonctionne admirablement bien : l'atonie, chez eux, n'a été que passagère et nous croyons pouvoir dire que le malade XLI verra, sous peu, tout rentrer dans l'ordre et la contractilité de son sphincter reprendra sa valeur nor-

male. A quoi donc est due cette atonie après l'opération ? Dans certains cas peut être à ce que le sphincter a été légèrement blessé, au cours de l'intervention, ce qui a produit une solution de continuité pour quelques fibres musculaires ; nous croyons qu'elle est plus imputable en général au premier temps de l'opération, à la dilatation. Celle-ci en effet distend de façon exagérée les fibres sphinctériennes qui reviennent mal sur elles-mêmes et ne retrouvent que lentement leur tonus normal.

Un malade, dont nous donnons l'observation (Obs. XXVI), très constipé avant l'opération va encore difficilement à la selle. Cela doit peu nous étonner. Presque tous les malades qui ont des hémorroïdes internes arrivent à une période pendant laquelle ils souffrent quelquefois horriblement au moment de la défécation : ils deviennent de plus en plus constipés, parce qu'ils retardent sans cesse le moment où ils iront à la selle, redoutant les souffrances qu'ils vont endurer. Si telle est la cause de la constipation chez les hémorroïdaires, en supprimant la cause on détruira l'effet ; chez notre opéré il n'en est point ainsi, et la constipation, ayant une cause qui doit être cherchée en dehors des hémorroïdes, est devenue moins opiniâtre après l'intervention, mais elle a cependant persisté.

L'observation du malade XIII est intéressante, elle est un exemple des récidives qui peuvent succéder à l'ablation des hémorroïdes par le procédé de la ligature, suivie d'excision.

Si nous en exceptons ces quelques incidents, les résultats éloignés chez les opérés que nous avons pu revoir sont excellents.

Les statistiques des auteurs sont également des plus satisfaisantes :

« Nous avons revu des opérés depuis neuf mois, la guérison s'est parfaitement maintenue. » (Quénu et Hartmann. *Chir. du rectum*, p. 393.)

« Nous n'avons jamais observé à la suite de nos opérations de retrécissement cicatriciel. » (Ricard et Launay. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, p. 645.)

« Les résultats immédiats et éloignés sont excellents. » (Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. II, p. 871.)

QUÉNU est encore plus affirmatif que ne le sont les auteurs précédents : « J'ai pu suivre depuis sept ou huit ans mes opérés d'hémorroïdes de ville. La guérison s'est maintenue chez eux et je n'ai noté qu'une seule fois le léger inconvénient d'un peu d'éversion de la muqueuse, par suite d'une résection trop économique. Je pense qu'avec l'expérience que m'ont donné déjà de très nombreuses observations, j'ai le droit de conclure à l'*excellence* du procédé de Whitehead. » (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXV, p. 557.)

RECLUS présente, en 1892, à la Société de chirurgie, une statistique de dix-sept cas, tous sont parfaits.

Enfin, ne devons-nous pas faire entrer en ligne de compte les trois cents et quelques cas, opérés par WHITEHEAD lui-même, sans qu'aucun mécompte sérieux soit survenu ?

A côté de ces bons résultats, KELSEY rapporte un cas où une femme opérée présente une ulcération péri-anale, qui

ne s'est pas encore cicatrisée au bout de plusieurs mois. (*Thèse de Martin, Paris, 1892-1893.*)

KELSEY parle encore d'un rétrécissement à la suite d'une opération de Whitehead. HIRST en cite une autre : mais au sujet de ce cas, nous nous trouvons en présence d'un fait assez spécial, il vaut la peine d'être rapporté. La malade opérée par lui d'un rétrécissement du rectum avait été opérée par un confrère huit semaines auparavant pour des hémorroïdes, par le procédé de Whitehead. HIRST apprit par la suite quelle était la cause de ce rétrécissement. Ici nous traduisons le texte anglais : « On opéra alors que la malade souffrait d'une gonorrhée aiguë, avec écoulement abondant. Le champ opératoire avait été infecté et une blennorrhagie rectale en fut le résultat (1). » Il ne nous paraît pas extraordinaire alors, que la plaie opératoire ainsi infectée ait pu se cicatriser par seconde intention et qu'un rétrécissement en ait été la conséquence. Nous croyons donc, dans ce cas, pouvoir mettre le procédé de Whitehead absolument hors de cause.

On peut voir dans certains cas quelques désunions partielles, entre la peau et la muqueuse, mais cela n'empêche pas la réunion par première intention de s'opérer. Il est rare qu'un rétrécissement en soit la conséquence. Voici l'opinion de M. LEJARS à ce sujet :

« Si la réunion réussit, au moins en grande partie, on ne voit pas ce qui pourrait produire le rétrécissement de

(1) Hirst. *Stricture of the rectum following a Whitehead operation for hæmorrhoids Med. News.* Philadelphia, 1894, t. I, p. 347.

l'anús, et cette réunion totale ou presque totale est la règle. Sans doute, quand la réunion n'est pas absolument complète sur tout le pourtour de l'anús, au niveau des points de suture qui manquent et des petites surfaces bourgeonnantes qui en résultent, la cicatrisation se fait par seconde intention et crée de petits îlots fibreux rétractiles, mais qui ne sauraient, en aucune façon, resserrer l'orifice lui-même (1).

Mais la désinfection du rectum et de l'anús étant chose possible, il nous semble que l'hémorrhagie, l'infection et le rétrécissement qui a pu en être la conséquence, sont plus imputables au chirurgien qu'à la méthode. La réunion primitive sera obtenue si l'on porte tous ses soins à la coaptation parfaite des lambeaux au moment des sutures, et si l'on veille à bien se conformer aux règles pré- et post-opératoires dont nous avons parlé et qui, dans une région souillée aussi facilement, font partie absolue de la technique opératoire.

Il suffit que le rétrécissement puisse exister, qu'il soit un mal pire que celui qu'on a voulu combattre, pour avoir poussé les chirurgiens à essayer, tout en faisant un Whitehead, de mettre l'opération à l'abri de cette complication, en modifiant quelques points de la technique.

C'est la crainte d'une désunion complète entre la muqueuse et la peau, suivie de l'ascension de la première qui a amené M. RECLUS à modifier le Whitehead typique. L'anatomie pathologique macroscopique nous apprend que les gros bourrelets hémorrhoïdaires sont en général latéraux,

(1) Lejars. *Leçons cliniques de la Charité*, 1895.

et non point médians. Le professeur RECLUS, se basant sur ce fait, en profite pour laisser en avant et en arrière de l'anus, deux ponts muqueux qui maintiendront plus aisément les lambeaux des deux demi-circonférences excisés, au contact l'un de l'autre.

M. RECLUS opérait ainsi tous ses malades. Il nous semble qu'il y avait là une systématisation un peu exagérée et que, si besoin en est, on peut faire une incision sur tout le pourtour du bourrelet. Cela est si vrai, qu'en 1899, RECLUS dit : « Autrefois je me préoccupais de laisser en deux points opposés un peu de muqueuse pour éviter un rétrécissement cicatriciel, mais j'ai bien vite renoncé à cette manœuvre contre un *danger imaginaire*. *Le rétrécissement appartient à la chirurgie de la période préantiseptique* (1). »

M. QUÉNU, pour assurer cette réunion primitive qui doit être la préoccupation constante, apporte la modification suivante à la technique opératoire : incision circulaire et dissection de la muqueuse malade, jusqu'à ce qu'on aperçoive la muqueuse saine, qui est rose ; à ce moment, au lieu de réséquer le manchon obtenu, QUÉNU « *épluche, dépouille la muqueuse de toute la couche vasculaire* » qui lui est sous-jacente. Ceci fait, l'hémostase soigneusement assurée, il suture la muqueuse à la peau. QUÉNU donne de sa modification les avantages suivants : pas de traction exercée par les fils, qui ne coupent pas la muqueuse ; la ligne de suture n'est pas rétractée vers le rectum. Les résultats éloignés chez les malades revus par M. QUÉNU sont excellents.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 27 juin 1899.

Ce procédé n'est applicable qu'aux cas où la muqueuse n'est pas altérée. Sinon, ne pourrait-on craindre le sphacèle d'un élément malade déjà, mal nourri et qui exposerait aux inconvénients qu'avait voulu éviter cette manière de faire ? QUÉNU lui-même, qui décrivait son procédé en 1892 devant les membres de la Société de Chirurgie, dit, en 1899 : « Nous avons reconnu depuis que dans la plupart des cas l'altération de la muqueuse anale est telle qu'il est préférable d'en sacrifier une partie (1). » Le procédé de Quénu ne se rapproche-t-il pas singulièrement alors du procédé anglais ?

En même temps qu'il introduisait en France le procédé du chirurgien de Manchester, DELORME le modifiait légèrement : lorsque la dissection du manchon muqueux est terminée, si on l'incise, la muqueuse remonte dans le rectum, et quelquefois on peut avoir de la peine à la ressaisir. Pour éviter cet inconvénient, DELORME fixe la muqueuse à la peau au-dessus de la future ligne de section du manchon, par quatre points cardinaux qui transfixent la muqueuse : l'anse du fil est dans le rectum, les deux chefs sur la peau sont noués sur elle : c'est ce que le chirurgien du Val-de-Grâce a appelé « *les points d'arrêt* ». Par ce moyen on pare à l'ascension immédiate et à une ascension post-opératoire de la muqueuse au cas où quelque fil céderait. MARTIN dans sa thèse donne le résultat de douze opérés d'hémorroïdes par le procédé Delorme, qui sont parfaitement guéris.

(1) *Bull. et mem. de la Soc. de Chir.* Paris, 1899, t. XXV, p. 554.

M. PICQUÉ, très partisan du Whitehead, économise moins encore la muqueuse que le chirurgien anglais. Il dissèque très haut, bien au-dessus du sphincter interne, et il suture ensuite, après l'avoir abaissée, la muqueuse à la peau. Sur 24 malades opérés par lui, tous ont parfaitement guéri et sont restés guéris. Il a eu à noter seulement deux cas de rétention d'urine passagère, et quatre cas de coprostase qui a cédé à la fragmentation des matières. — Cette dissection poussée si haut nous paraît inutile, il suffit d'être en tissu sain, pour être sûr qu'une récidive ne se produira pas.

Nous voulons dire un mot d'un procédé né en Roumanie, imaginé par le docteur VERCESCO, et qui a fait l'objet d'un article du docteur J. POTARCA dans la *Revue de chirurgie* (10 mai 1902). L'auteur reconnaît les avantages du procédé de Whitehead, mais lui reproche d'être « bien difficile par son exécution et de réclamer trop de précautions antiseptiques préalables, pour être employé par tous et partout. » L'outillage est un peu spécial ; il se compose :

D'un cylindre de liège, tronc conique à ses extrémités, il devra être stérilisé ;

D'une série d'épingles ordinaires de couturière ;

Le cylindre de liège peut être tenu en main par une anse de cuivre qui lui est fixé. Les autres instruments sont ceux employés par tous les chirurgiens pour opérer les hémorrhoïdes.

La technique peut se résumer ainsi :

1° Dilatation anale ;

2° Introduction du cylindre de liège, jusqu'à la marge de l'anus. On enlève le dilatateur et le cylindre reste en place, fixé en quelque sorte par la muqueuse qui lui adhère ;

3° Au pourtour de l'orifice anal, sur la limite de la muqueuse et de la peau, on fiche obliquement de dehors en dedans les épingles qui pénètrent la muqueuse et vont se fixer dans le bouchon de liège ;

4° Avec le bistouri et en tirant sur le manche du bouchon, pour tendre la muqueuse, on fait une incision circonférentielle en arrière et en dehors de la ligne des épingles ;

5° On refoule alors la marge des téguments de la plaie et le sphincter, en laissant sur le tube muqueux rectal, qui reste fixé sur le cylindre, tout le paquet variqueux. On incise alors la muqueuse sur le bouchon, au-delà de la zone malade, et on suture le fourreau muqueux à la peau. On aura soin de suturer au fur et à mesure qu'on sectionnera. L'acte opératoire ainsi compris, dit POTARCA, dure de quinze à vingt minutes.

L'auteur fait suivre son article de la relation de cinq observations, dont les résultats immédiats ont été parfaits et il donne de son procédé les avantages suivants sur celui de Whitehead :

1° Il dispense des nombreuses et difficiles précautions antiseptiques ;

2° Il assure la propreté et l'hémostase du champ opératoire pendant l'intervention par occlusion de l'anus et dilatation du fourreau rectal ;

3° Il reconstitue un nouveau sphincter anal dans les meilleures conditions physiologiques ;

4° Il abrège l'acte opératoire.

Ce que nous ignorons, c'est le sort des malades depuis qu'ils ont quitté l'hôpital. De plus est-ce bien chirurgical

de mettre un bouchon dans le rectum ? Le docteur Potarca ne parle pas des soins de propreté pré et post-opératoire. Il nous semble cependant que le bouchon retiré, l'opération terminée, si des précautions antiseptiques rigoureuses n'ont pas été prises, les matières fécales pourront venir souiller, infecter le champ opératoire ; et si des fils cèdent, que deviendra la réunion par première intention, ne pourrons-nous pas avoir du rétrécissement consécutive-ment ?

En résumé, tous ces procédés se ramènent au type anglais ; les diverses techniques présentées par les chirurgiens modifient la marche de l'intervention, changent quelques détails mais aboutissent au même résultat. C'est à cette conclusion que nous aboutissons en comparant entre eux les résultats fournis par les 49 observations que nous présentons plus loin. Elles ont trait à des malades qui, tous, ont été opérés par le procédé de Whitehead plus ou moins modifié ; elles sont donc comparables puisque chez tous, c'est l'excision totale qui a été pratiquée.

Il découle de l'examen de ces observations que sur 49 cas :

39 opérés sont en parfait état de santé ;

9 ont été très améliorés par la cure de leurs hémorroïdes ;

1 a encore de l'atonie sphinctérienne, sans pour cela avoir jamais eu d'incontinence de matières fécales.

Tous ont vu disparaître leurs varices anales, et avec elles, leur cortège symptomatique.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Une partie des observations que nous présentons ont pu être recueillies par nous, grâce aux renseignements que M. le professeur TERRIER nous a fait l'honneur de mettre à notre disposition. Nous avons pu ainsi rechercher quelques personnes opérées dans son service, par notre maître M. le docteur REYMOND. Nous avons également examiné les malades opérés à l'Hôpital-Départemental de la Seine par nos collègues et par nous.

OBSERVATION I (Inédite).

Hémorroïdes internes, procidentes, volumineuses, hémorragies fréquentes. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Résultat immédiat bon qui s'est maintenu tel six ans après.

D... J., 47 ans, employé des postes.

Entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Terrier, au commencement du mois d'avril 1901.

Le malade se plaint de souffrir violemment au moment des efforts pour aller à la selle. Constipation opiniâtre. Il retarde d'autant plus le moment d'aller à la selle, qu'il sait d'avance les souffrances qu'il devra endurer. Tous les quinze jours environ il a des hémorrhagies anales.

A l'examen, il présente un bourrelet volumineux formé par des hémorroïdes internes procidentes.

Il est opéré par M. le docteur Raymond le 30 avril.

Sort guéri le 19 mai.

Résultat éloigné. — Nous avons pu l'examiner le 6 juin 1907, plus de six ans après l'opération. Il n'est plus constipé : ses selles sont régulières, quotidiennes. L'écartement des plis radiaux, qui sont nombreux, permet de voir une ligne cicatricielle blanche à l'union de la muqueuse et de la peau. Il n'y a pas de récédive. Rien ne s'est greffé sur la cicatrice. Au toucher, l'indicateur ne sent rien ; le sphincter est souple et a conservé ses fonctions normales.

OBSERVATION II (personnelle).

Hémorroïdes internes volumineuses, très douloureuses, procidentes, difficiles à réduire. Hémorrhagies fréquentes. Cure radicale à la Whitehead. Sort guéri, résultat parfait six ans après.

B... J.-J., 69 ans, boulanger, actuellement à l'hôpital départemental de la Seine.

A été opéré d'hémorroïdes à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Michaut, il y a six ans.

Depuis trente ans, il avait, dit-il, des hémorroïdes volumineuses, qui lui causaient de vives douleurs. Elles saignaient fréquemment et il ne pouvait aller à la selle qu'avec l'aide de lavements ; à ce moment les hémorroïdes se faisaient jour à

l'extérieur ; la réduction était difficile. Un jour que la réduction fut particulièrement pénible, il se présenta à la consultation de l'hôpital dont nous avons parlé. Il fut admis, opéré, et sortit six semaines plus tard : c'était il y a six ans.

Résultat six ans après l'intervention. — Nous l'examinons le 15 juin 1907. Tous les symptômes d'hémorroïdes ont disparu. Cet homme n'est plus constipé, les selles sont quotidiennes ; les hémorrhagies ont cessé.

A l'inspection, une cicatrice large de 1 millimètre environ, circulaire, rappelle l'excision totale qui a été faite.

Le sphincter est souple, il n'y a pas de récurrence le malade se montre enchanté de l'opération qu'il a subie.

OBSERVATION III (inédite).

Hémorroïdes internes procidentes, et hémorroïdes externes.

Douloureuses. Hémorrhagies fréquentes, cure radicale.

Sort guéri. Résultat excellent au bout de cinq ans et six mois.

A. L..., 18 ans, garçon limonadier.

Entre à l'hôpital de la Pitié, pavillon Michon, dans le service de M. le professeur Terrier, fin décembre 1901.

Opéré le 2 janvier 1902.

Sort guéri vers la fin de janvier.

Résultat éloigné, 5 ans et demi après l'intervention : C'est au commencement de juin 1907, que nous avons examiné ce malade. Il semble jouir d'une santé parfaite. Il nous a dit ne plus souffrir, comme avant l'opération qu'il a subie. Plus d'hémorrhagie. A l'examen la cicatrice est parfaite. Les plis radiés nombreux, bien attirés vers le conduit anal.

Il n'y a ni récurrence ni rétrécissement. Le résultat éloigné est excellent.

OBSERVATION IV (inédite).

Hémorroïdes internes. Hémorroïdes externes formant un bourrelet complet autour de l'anus. Hémorrhagies répétées. Cure radicale. Résultat immédiat excellent qui s'est maintenu tel plus de quatre ans et demi après.

A. A..., 33 ans, employé des postes, est entré dans le service de M. le professeur Terrier à l'hôpital de la Pitié, pavillon Michon il y a cinq ans.

Il avait un léger suintement sanguin, souffrait très vivement en allant à la selle, besoin qu'il satisfaisait rarement.

A l'examen de la région anale on voit que celle-ci est entourée complètement par un bourrelet hémorroïdaire. Il est opéré le 11 octobre 1902.

Exeat guéri le 24 octobre.

Après l'opération, pendant une dizaine de jours environ, il a une rétention de matières fécales.

Tout rentre dans l'ordre, et lorsque nous l'examinons en juin 1907 il nous déclare que les selles ne sont plus douloureuses. Les hémorrhagies ont cessé. Les garde-robes sont en général diarrhéiques. L'examen local nous apprend que la cicatrice est bonne, qu'il n'y a pas de récive.

Le toucher nous révèle un sphincter souple, et facilement dilatable.

Le malade est content d'avoir été opéré.

OBSERVATION V (inédite).

Hémorroïdes internes et externes. Prolapsus fréquent. Cure radicale à la Whitehead. Résultat parfait. Il en est de même quatre ans après.

T. J..., 32 ans, colporteur.

Opéré dans le service de M. le professeur Terrier, par M. Reymond, le 6 septembre 1902.

Sort guéri le 23 septembre.

Résultat éloigné, quatre ans et huit mois après l'intervention.

Nous avons pu l'examiner le 5 juin 1907. Lorsqu'il a de la diarrhée, il lui est difficile de retenir les matières. Il n'éprouve pas la moindre douleur à la défécation. La cicatrice est bonne.

Au toucher, qui n'est pas douloureux, on sent qu'il y a un peu de relâchement du sphincter. Il n'y a pas de récurrence de la tumeur.

OBSERVATION VI (inédite).

Hémorroïdes internes procidentes, et hémorroïdes externes, formant bourrelet circonferentiel. Hémorrhagies, douleurs violentes, cure radicale à la Whitehead. Résultat immédiat bon, qui s'est maintenu tel quatre ans et demi après.

G. S..., 26 ans, employé des postes.

Entré à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Terrier (pavillon Michon).

Opéré par le docteur Reymond, le 12 janvier 1903.

Exeat, le 26 janvier. Guéri.

Résultat éloigné quatre ans et demi après l'opération :

Nous avons examiné ce malade le 10 juin 1907. Il n'éprouve plus aucune douleur en allant à la selle. Les garde-robes sont régulières, le toucher n'est pas douloureux. Le doigt ne sent pas d'hémorroïde. La cicatrice est bonne. Il n'y a eu ni récurrence, ni rétrécissement.

Le malade se montre satisfait de l'opération qu'il a subie.

OBSERVATION VII (résumée).

In thèse de Véron (Obs. I.)

Hémorroïdes internes en bourrelet circonférentiel datant de quatorze ans, devenues procidentes, pertes de sang. Anémie prononcée. Douleurs très vives. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat bon et persistant tel, plus de quatre ans et demi après l'intervention.

P..., 46 ans, homme.

Opéré en 1894, dans le service du docteur Reclus.

Résultat quatre ans et demi après l'intervention : disparition complète des hémorroïdes et de leur cortège symptomatique : douleurs, hémorragies, constipation ; par suite, résultat excellent.

OBSERVATION VIII (résumée).

In thèse de Véron (Obs. II.)

Hémorroïdes externes et internes en couronne, datant de dix-neuf ans. Devenues procidentes et irréducti-

bles, donnant du sang en abondance. Anémie prononcée. Douleurs vives. Cure sanglante par le procédé de Whitehead. Résultat immédiat excellent et persistant depuis quatre ans.

G..., homme, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger. Opéré en 1895.

Résultat quatre ans après l'intervention : anus normal avec plis radiés multiples.

Téguments de la région périnéale attirés vers le conduit anal. Réunion linéaire de la muqueuse à la peau.

Sphincter contractile et dilatable comme à l'état normal. Les hémorrhagies, les douleurs, la constipation, ont disparu ; l'appétit est très bon, la santé générale excellente.

OBSERVATION IX (inédite).

Hémorroïdes internes procidentes, bourrelet complet d'hémorroïdes externes. Hémorrhagies fréquentes. Cure à la Whitehead. Résultat immédiat excellent qui se maintient tel, quatre ans après.

P. E..., 39 ans, tailleur.

Entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, dans le service du professeur Terrier.

Opéré le 29 janvier 1903.

Sort guéri le 9 février.

Résultat éloigné, quatre ans après : nous examinons le malade, le 5 juin 1907 ; à ce moment il n'a ni diarrhée, ni constipation.

La cicatrice est bonne. Elle est marquée par une ligne blanche. Il n'y a pas d'éversion de la muqueuse, lorsque le malade va à la selle. L'effort ne donne issu à aucune trace d'hémor-

rhoïde, et il n'éprouve plus la moindre douleur. Au toucher, le sphincter est souple, il n'y a pas de rétrécissement.

Il n'y a pas eu de récurrence,

OBSERVATION X (résumée).

In thèse de Véron (Obs. III.)

Hémorroïdes à double bourrelet externe et interne, volumineuses et étranglées, douloureuses et donnant du sang. Cure sanglante à Whitehead. Guérison par première intention. Résultat immédiat parfait, et se maintient tel depuis quatre ans.

N..., homme, 44 ans.

Entré dans le service de M. Reclus, à la Pitié.

Exeat 21 jours après l'opération.

Résultat éloigné : Orifice anal normal. On ne constate plus trace d'hémorroïdes, même pendant les efforts. Bonne cicatrice. Les selles sont quotidiennes et d'un volume normal. Pas de rétrécissement.

Etat général parfait.

OBSERVATION XI (résumée).

(In Thèse de Véron. Obs. IV).

Hémorroïdes internes en couronne, volumineuses, très douloureuses. Opérées une première fois au thermo-cautère. Récurrence trois ans après. Cure sanglante à la Whitehead. Résul-

tat immédiat très satisfaisant et demeuré tel, trois ans après l'intervention.

M..., 40 ans, gardien de la paix.

Entre dans le service de M. Th. Anger, à l'hôpital Beaujon.

Résultat opératoire, trois ans après l'intervention : ligne de cicatrisation complète sur toute la circonférence de l'anus. Le sphincter offre une tonicité et une perméabilité absolument parfaites. Amélioration générale très manifeste. L'appétit est excellent ; en somme résultat très satisfaisant ; les douleurs qui torturaient le malade ont complètement disparu.

OBSERVATION XII (personnelle).

Hémorroïdes internes circonférentielles, procidentes et très douloureuses. Hémorrhagies abondantes. Amaigrissement considérable. Cure radicale sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat satisfaisant et se maintenant tel plus de trois ans après.

D., C..., 45 ans, terrassier.

Entre à la maison départementale de Nanterre, dans le service du docteur Reymond.

Il éprouve fréquemment le besoin d'aller à la selle, il souffre violemment à la fin de la défécation ; à ce moment, également, il a des hémorrhagies abondantes : ses selles sont souvent diarrhéiques.

L'examen de la région anale et le toucher rectal permettent de se rendre compte que le malade est porteur d'une tumeur hémorroïdale qui, sous l'influence du moindre effort, fait issue à l'extérieur.

Opéré le 15 février 1904.

Exeat guéri le 7 mars.

Résultat éloigné, quarante mois après l'intervention : le malade n'éprouve plus de douleur à la défécation. La cicatrice de la plaie opératoire est bonne. Il n'y a pas de rétrécissement.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Hémorroïdes internes et externes, volumineuses, datant de vingt ans. Récidive après ligature et excision des paquets isolés. En 1902, cure à la Whitehead. En 1904, guérison complète, qui se maintient telle après trois ans.

D... S..., batteur en grange, 57 ans.

Opéré à la maison départementale de Nanterre, le 4 juin 1904.

Exeat, guéri le 6 juillet.

Hospitalisé, il avait depuis plus de vingt ans des hémorroïdes volumineuses, internes et externes. Il était très constipé ; avait des hémorrhagies très souvent répétées, et souffrait en allant à la selle. Il s'est décidé à se faire opérer, et subit une première intervention il y a cinq ans. Nous retrouvons sur le cahier d'observations de 1902 qu'on lui a fait la ligature et l'excision de paquets variqueux.

Deux ans après, la tumeur a récidivé, et en 1904 on intervient à nouveau. Cette fois, on emploie le procédé de Whitehead.

Opéré le 4 juin, il sort le 6 juillet.

Nous revoyons le malade le 15 juin 1907 ; la guérison s'est maintenue, la cicatrice est bonne, il n'y a pas de récidive, plus d'hémorrhagie, le malade ne souffre pas en allant à la selle.

Les phénomènes diarrhéiques ont disparu, les selles solides, sont de volume normal. A l'inspection on ne note rien de par-

ticulier. L'écartement des plis de l'anوس permet de voir une ligne cicatricielle, blanchâtre, parfaitement continue. Le sphincter est légèrement contracté; la muqueuse est souple et ne présente pas de veines ectasiées.

OBSERVATION XIV (résumée).

(In thèse de Véron. Obs. VI).

Hémorroïdes internes procidentes, en couronne, volumineuses, douloureuses. Pertes de sang abondantes. Dilatation sphinctérienne et ligature au catgut suivie de l'excision au thermo-cautère en juillet 1896. Récidive. Cure sanglante à la Whitehead le 15 décembre 1896. Résultat immédiat excellent, qui se maintient tel trente-deux mois après.

B... Jeanne, 31 ans, couturière, entre le 8 décembre 1896, dans le service de M. Th. Anger. Opérée par M. Lejars.

Résultat éloigné: Aucune trace d'hémorroïde. La ligne cicatricielle n'est visible qu'en dépliant l'anوس, et lorsque la malade fait des efforts. Perméabilité notable du sphincter. Les douleurs et les pertes de sang ont disparu. La malade va à la selle tous les deux jours.

OBSERVATION XV

(In thèse Véron. Obs. VII).

Hémorroïdes internes en couronne, datant de vingt-huit ans, devenues procidentes définitivement, douloureuses. Pertes de sang abondantes. Anémie. Cure san-

glante à la Whitehead. Résultat immédiat parfait s'étant maintenu tel depuis deux ans et demi.

B..., 43 ans, électricien.

Entre le 8 février 1897, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger.

Opéré par M. Lejars le 15 février.

Exeat le 28, guéri.

Résultat éloigné: La région anale paraît absolument normale ; réunion complète et parfaite de la muqueuse à la peau. Aucune trace d'hémorroïde, même pendant les efforts. Selles de volume normal ; douleur et hémorroïdes radicalement supprimées par l'intervention.

N'a jamais eu le moindre phénomène d'incontinence rectale.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Gros paquet hémorroïdaire interne. Hémorroïdes externes. Douleur très vive. Légères hémorragies à répétition. Cure radicale. Résultats excellents au bout de deux ans et demi.

L. E..., 49 ans, boulanger.

Opéré le 12 janvier 1905, dans le service du docteur Reymond, à la maison départementale de la Seine.

Sort guéri le 17 février.

Avant l'opération il avait un gros paquet hémorroïdal interne ; éprouvait une vive douleur au moment des défécations. Il avait des légères hémorragies à répétition. Il n'était pas très constipé.

Résultat deux ans et demi après l'opération: Nous revoyons L... le 4 juin 1907 ; les selles sont devenues normales, et absolument indolores, il n'a plus d'hémorragie.

Lorsqu'on lui dit de faire des efforts comme pour aller à la selle, on constate que rien ne sort par l'orifice anal. Le toucher rectal n'est pas douloureux ; le sphincter est souple, le résultat est parfait. L... nous prie de remercier son opérateur en son nom.

OBSERVATION XVII (résumée).

(In thèse de Véron. Obs. XIX).

Hémorroïdes internes en bourrelet circonférentiel d'autant de quinze ans. Devenues procidentes et irréductibles. Douleur. Perte de sang. Cure radicale à la Wittehead. Résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel deux ans et demi après.

J..., 39 ans, sculpteur,

Entre fin avril 1897, à la Charité, dans le service de M. Til-laux.

Opéré le 27 avril 1897, par M. Souligoux.

Exeat guéri treize jours après.

Résultats éloignés deux ans et demi après l'opération :
Fin novembre 1899.

La constipation a disparu, les selles sont quotidiennes, régulières, s'accomplissent sans douleur. Le toucher rectal démontre que le sphincter a conservé sa perméabilité et sa tonicité. On ne trouve nulle trace d'hémorroïdes. L'état de l'anus est parfait. L'orifice présente de nombreux plis radiés. La cicatrice est parfaite.

OBSERVATION XVIII (résumée).

In thèse de Véron (Obs. XXI).

C..., 45 ans, ménagère, est opérée par M. Lejars, à Beaujon, le 20 novembre 1896, par le procédé de Whitehead.

Voici les renseignements qu'elle donne par lettre en 1899, deux ans et demi après l'intervention : « Depuis mon opération mes hémorroïdes ne se sont pas reproduites. Je ne souffre aucunement au niveau de l'anus. Je ne ressens aucune douleur de côté. Dès que j'ai eu repris mes forces, je n'ai eu aucune difficulté pour garder mes matières. Depuis mon opération, je n'ai senti aucun malaise, jusqu'à ce jour. »

OBSERVATION XIX (résumée.)

In thèse de Véron (Obs. XI).

Hémorroïdes à double bourrelet circonférentiel, externe et interne. Volumineuses, irréductibles, très douloureuses. Pertes de sang abondantes. Anémie prononcée. Cure sanglante de Whitehead. Résultat immédiat excellent et demeuré tel deux ans et demi après.

J.-G..., 45 ans, concierge,

Entre fin juin 1897, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger.

Opéré le 30 juin par M. Lejars.

Sort guéri le 16 juillet.

Résultat de l'opération vingt-six mois après la cure sanglante : L'état de l'anus est parfait ; pénétration d'un cen-

timètre et demi environ de la peau péri-anale, dans le canal de l'anus. Pas de trace de tumeur hémorroïdale, soit interne soit externe. Sphincter ayant toute sa tonicité et se laissant dilater normalement.

La malade n'a jamais eu d'incontinence des matières fécales. Pas de rétrécissement, de douleur, d'hémorrhagie, de constipation. Les selles sont devenues quotidiennes, régulières. L'état général est excellent. La malade a augmenté de 9 kilogrammes depuis sa sortie de Beaujon.

OBSERVATION XX (résumée).

In thèse de Véron (Obs. X).

Hémorroïdes volumineuses à double bourrelet interne et externe. Pertes de sang abondantes. Douleurs vives. Cure sanglante à la Whitehead. Guérison par première intention. Résultat immédiat excellent, persistant tel depuis deux ans et demi.

L.-H..., 55 ans.

Entre le 15 novembre 1896 à Beaujon, dans le service du docteur Th. Anger.

Opérée le 20 novembre 1896.

Exeat guéri au commencement de décembre.

Résultat deux ans après l'opération : Région anale normale. Disparition définitive des hémorroïdes : le sphincter a conservé sa tonicité et sa dilatabilité normale. La peau est réunie directement à la muqueuse, sans trace de cicatrice. Les téguments du pourtour de l'anus sont parcourus par de nombreux plis radiés, comme à l'état normal. Les selles sont régulières, quotidiennes ; ne s'accompagnant d'aucune douleur. Tout prurit a disparu.

La malade n'a jamais eu d'hémorrhagie, ni d'écoulement anal; à aucun moment, il n'y a eu incontinence des matières fécales. Ses forces sont revenues et son état général beaucoup amélioré est très satisfaisant en ce moment.

OBSERVATION XXI (résumée).

In thèse de Véron (Obs. IX).

Hémorroïdes totales, à double bourrelet, interne et externe. Très douloureuses. Irréductibles. Cure sanglante à la Whitehead. Très bon résultat immédiat et demeuré tel deux ans et demi après.

P. D..., 51, tailleur.

Entre à l'hôpital Beaujon, salle Robert, dans le service de M. Th. Anger, le 3 avril 1897.

Opéré par M. Lejars le 12 avril 1897.

Exeat guéri le 4 mai.

Résultat deux ans et demi après l'intervention : Nous revoyons le malade en septembre 1899.

La région anale ne paraît avoir été le siège d'aucune opération. L'orifice anal présente des plis radiés multiples. La peau du périnée est attirée profondément. La muqueuse n'apparaît que sous l'influence de violents efforts. La réunion cutané-muqueuse est parfaite. La tonicité du sphincter est excellente.

Durant les premières semaines qui suivirent la cure sanglante, l'opéré ne pouvait guère différer le besoin d'aller à la selle; mais jamais il n'a eu d'incontinence véritable. Les selles sont de volume normal. Il n'y a pas de rétrécissement anal. Le doigt introduit dans l'anus constate, aisément, que le

sphincter a conservé intégralement toutes ses propriétés. Les selles sont quotidiennes, faciles, non douloureuses. Tout sentiment de gêne et de prurit a disparu.

Le malade est enchanté de l'opération qu'il a subie.

OBSERVATION XXII ((résumée)).

In Thèse de Véron (Obs. XII).

Hémorroïdes internes en couronne, devenues procidentes, datant de dix ans. Volumineuses. Très douloureuses. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent ; étant resté tel depuis deux ans.

D..., 61 ans, comptable.

Entre le 5 octobre 1897, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger.

Opéré le 6 octobre par M. Lejars.

Sort guéri le 23 octobre, dix-sept jours après avoir été opéré.

Résultat opératoire constaté, deux ans après l'intervention : Les envies d'aller à la selle ont demandé à être satisfaits à bref délai pendant les deux ou trois premiers mois qui ont suivi l'opération, sans qu'il y ait jamais eu incontinence de matières fécales. Les selles sont maintenant régulières, bi-quotidiennes, de volume normal. ♦

Le sphincter a retrouvé ses propriétés normales, comme le démontre le toucher. La région anale est d'aspect parfait. Elle possède de nombreux plis radiés. La ligne cicatricielle est excellente. Aucune trace d'hémorroïde. L'état général est excellent.

OBSERVATION XXIII

In *Thèse* de Véron (Obs. XXIII).

Résection d'hémorroïdes à la Whitehead.

A. J..., 62 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, le 15 juin 1897, dans le service de M. Peyrot.

Opéré le 18 juin 1899, par M. Guinard.

Exeat le 4 juillet.

Résultat opératoire, deux ans après : Les hémorroïdes ne se sont pas reproduites chez ce malade. Il ne souffre pas au niveau de l'anus. Atonie pendant six mois après l'opération.

Ces accidents ont disparu ; il va à la selle et satisfait ses besoins « comme s'il n'avait rien eu ».

OBSERVATION XXIV (résumée).

In *Thèse* de Véron (Obs. XX).

Hémorroïdes volumineuses à double bourrelet externe et interne. Cure radicale à la Whitehead. Résultat excellent deux ans après.

L. B..., 47 ans, journalier, est opéré à l'hôpital Beaujon, le 26 octobre 1897, par M. Lejars.

Sorti en novembre, guéri.

Résultat deux ans après, (envoyé par lettre, le malade ayant quitté Paris) : « Depuis mon opération je n'ai plus rien ressenti, mes selles sont régulières, la digestion est beaucoup meilleure, même je souffrais d'une maladie d'estomac depuis

de longues années, et depuis mon opération tout cela a disparu. En un mot, ma santé générale est bien revenue depuis l'opération des hémorroïdes. »

OBSERVATION XXV (personnelle).

Hémorroïdes internes, procidentes, formant un volumineux bourrelet péri-anal. Saignent abondamment. Constipation opiniâtre. Cure à la Whitehead. Résultat excellent deux ans après.

C. J..., âgé de 36 ans, journalier.

Entre le 28 juin 1905 dans le service de chirurgie à Nanterre. Il a des hémorroïdes internes procidentes qui forment un volumineux bourrelet périanal; elles saignent abondamment au moindre effort. Il est fortement constipé.

Opéré par le procédé de Whitehead.

Sort guéri le 15 juillet 1905.

Résultat opératoire deux ans après l'intervention. Le 10 juin 1907, nous examinons le malade : il n'éprouve plus de douleur à la défécation. Il n'est plus constipé. L'effort ne permet l'issue d'aucune trace d'hémorroïde. Depuis l'opération dont il se montre très satisfait, il n'a plus d'hémorrhagie.

Le toucher n'est pas douloureux. Les parois de l'anus sont très souples. Il n'y a pas trace de veine turgescence; la cicatrice n'a pas donné lieu au moindre rétrécissement.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

Gros paquets hémorroïdaires internes, douleurs très vives. Constipation très opiniâtre. Hémorrhagies répétées.

tées. Cure par le procédé de Whitehead. Résultat bon deux ans après.

M. M. S..., à la maison départementale de la Seine. Gros paquets hémorroïdaires qui lui occasionnent une très vive douleur au moment des défécations. Il est en outre très constipé.

Il entre à l'infirmerie de l'établissement, est opéré le 21 juillet 1905.

Sort guéri le 6 août.

Depuis l'opération les douleurs ont disparu, au moment des selles. Au toucher on se rend compte que le sphincter est perméable, souple; la cicatrice est bonne. Il n'y a pas trace d'hémorroïde; la constipation, qui existait bien avant les varices anales, persiste encore.

Les plis radiés de l'anus sont nombreux et attirés vers le conduit rectal. La peau de la région anale est normale. Résultat des plus satisfaisants.

OBSERVATION XXVII (résumée).

In thèse de Véron (Obs. VIII.)

Hémorroïdes à double bourrelet externe et interne. Volumineuses, irréductibles, très douloureuses. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent et demeure tel deux ans après.

P. M..., 27 ans, employé de commerce.

Opéré le 20 janvier 1897, par M. Lejars, à l'hôpital Beaujon.

Exéat, le 9 février.

Résultat deux ans et demi après : nous avons revu ce malade le 3 août 1899.

L'anus est définitivement débarrassé de toute masse hémorroïdaire; lorsqu'on invite le malade à pousser comme pour aller à la selle, on ne voit aucune hémorroïde apparaître; le doigt, introduit dans l'anus, ne sent rien; on constate que le sphincter a conservé toute son énergie contractile et se laisse dilater normalement.

P. M... nous dit qu'il a eu, durant un mois après son opération, une légère parésie sphinctérienne, c'est-à dire que les besoins de la défécation demandaient à être satisfaits assez rapidement. Mais depuis cette époque, la fonction de la défécation s'accomplit chez lui normalement.

La réunion de la peau et de la muqueuse anale est parfaite sans tissu cicatriciel; les plis radiés de la région sont reformés, elle a un aspect francé, comme chez les sujets normaux, de telle sorte qu'il serait impossible de penser que ce malade ait subi une opération, si on n'en était pas averti.

Les selles sont faciles, régulières, quotidiennes, non douloureuses; suppression absolue des phénomènes douloureux et même des démangeaisons, soit au moment des selles, soit dans leur intervalle.

Etat général satisfaisant. Le malade nous prie de remercier en son nom son opérateur.

OBSERVATION XXVIII (résumée.)

In thèse de Véron (Obs. XIII).

Hémorroïdes internes avec bourrelet circonférentiel, volumineuses, devenues procidentales. Douleurs vives, cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent ayant persisté depuis dix huit mois.

E. S..., 32 ans, gardien de la paix.

Entre en décembre 1897 à l'hôpital Beaujon, dans le ser-

vice de M. Th. Anger. Opéré par M. Lejars, le 17 décembre 1897.

Sort guéri peu après.

Résultat dix-huit mois après l'intervention : les douleurs ont cessé complètement. Il en est de même des démangeaisons post-opératoires passagères.

Les selles sont régulières, le malade n'a eu, à aucun moment, à se plaindre de phénomènes d'incontinence stercorale. L'état de l'anus et des plis radiés est satisfaisant. La ligne d'incision parfaite, est attirée profondément vers le canal de l'anus. Il n'y a aucune trace d'hémorroïde nouvelle décelable à la vue, même pendant les efforts, non plus qu'au toucher rectal. Sphincter normal. Pas de rétrécissement. Selles de volume normal.

OBSERVATION XXIX

(In thèse de Véron. Obs. XIV).

Hémorroïdes à double bourrelet, externe et interne. Les internes devenues procidentes à la longue. Douleurs vives et pertes de sang abondantes. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent et s'étant maintenu tel dix-huit mois après.

A. C..., 36 ans, maçon.

Entre le 10 mars 1898 à Beaujon, dans le service de M. Th. Anger.

Opéré le 23 mars 1898, par M. Lejars.

Exeat le 7 avril.

Résultat dix-huit mois après l'intervention : L'anus est parfait. L'aspect de la région anale est tel qu'on ne peut soupçonner qu'elle a été le siège d'une opération. L'anus présente

de nombreux plis radiés. La ligne cicatricielle cutanéomuqueuse est complète et profondément attirée dans le canal anal. Pas de trace de nouvelles hémorroïdes. Le toucher permet de constater que le sphincter possède toute sa tonicité et sa dilatabilité. Légère atonie sphinctérienne les quinze premiers jours qui suivirent l'opération. La constipation, les pertes de sang, les douleurs, ont disparu. Les forces sont revenues, l'état général est bon.

OBSERVATION XXX (personnelle).

Hémorroïdes internes procidentes et externes. Occupent tout le pourtour de l'anus. Hémorrhagie. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Résultat opératoire excellent seize mois après.

Ch. F..., 40 ans, cuisinier, est opéré d'hémorroïdes par le procédé sanglant de Whitehead à l'hôpital départemental de la Seine. Opéré le 20 février 1906.

Sort guéri le 13 mars.

Résultat de l'intervention seize mois après : La région anale a repris l'aspect normal. Les plis radiés sont nombreux. A la partie supérieure de l'anus on découvre une zone légèrement rougeâtre d'aspect inflammatoire qui montre qu'au moment de l'opération, on a dû sacrifier un peu trop de peau. Les selles sont normales. Le sphincter a conservé ses propriétés physiologiques, il est perméable et souple. Il n'y a pas trace d'hémorroïdes. Le prurit qui était très intense avant l'intervention a presque disparu. La constipation n'existe plus. Le malade est enchanté de l'opération qu'il a subie.

OBSERVATION XXXI (résumée).

(In *thèse* de Labaume. Obs. II).

Résultat après quatorze mois : F. C..., âgée de 35 ans, tisseuse, entre le 28 octobre 1896 à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon.

Opérée le 5 novembre.

Sort guérie le 25.

Nous revoyons Mme C... le 12 janvier 1898, elle paraît jouir d'une santé parfaite. Elle n'a pas eu la moindre hémorrhagie. Les selles sont régulières non douloureuses. Il n'existe aucune trace de rétrécissement. La malade paraît très satisfaite des suites de son opération. Le résultat est parfait.

OBSERVATION XXXII (résumée).

(In *thèse* de Labaume. Obs. I).

Résultat quinze mois après l'intervention.

M... Jean, âgé de 53 ans, matelassier, entre le 26 septembre 1896 à l'hôpital de la Croix-Rousse (Lyon).

Opéré le 28 septembre 1896.

M... est examiné le 23 décembre 1897.

Voici ce que l'on note : La région anale ne présente à la vue rien d'anormal. Entr'ouvrant les plis radiés, on arrive très vite sur une ligne blanche qui marque la limite de la peau et de la muqueuse. Au-dessus on voit et on sent quelques irrégularités, quelques bourrelets muqueux résultant sans doute des sutures, mais la muqueuse existe bien sur toute la périphérie. Au

doigt le sphincter donne la résistance normale. Le malade déclare aller à la selle très régulièrement et très facilement. Il se plaint de satisfaire très rapidement ses besoins, lorsqu'il a la diarrhée.

OBSERVATION XXXIII (personnelle.)

Hémorroïdes internes volumineuses, très douloureuses, selles sanglantes : la tumeur remonte à plusieurs années. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat excellent qui se maintient 13 mois après.

H.-J. — 61 ans.

Entre à l'hôpital départemental de la Seine dans le service du docteur Reymond au mois d'avril 1906. Il se plaint d'avoir une constipation très opiniâtre, qu'il fait remonter à plusieurs années. En outre, toutes les fois qu'il va à la selle, il éprouve une vive douleur. Les matières sont souillées de sang.

Après avoir été opéré pour des hémorroïdes internes volumineuses, il sort le 15 mai 1906, il est guéri.

Résultat treize mois après l'intervention: C'est au commencement du mois de juin 1907, 13 mois après l'intervention que nous le revoyons.

Il n'éprouve pas la moindre douleur au moment de la défécation. Il est encore légèrement constipé ; il n'a plus d'hémorrhagie anale ; il n'apparaît pas la moindre trace de tumeur variqueuse au moment de l'effort ; le toucher est un peu sensible. La prostate est grosse et douloureuse, (nous croyons pouvoir mettre ce fait sur le compte d'une légère prostatite, due à son âge) ; on ne sent pas les vésicules séminales. Le doigt qui explore, sent sur la paroi gauche du rectum une petite tumeur pédiculée ; après avoir entr'ouvert les plis radiés, on reconnaît, qu'on a affaire à un petit polype pédiculisé du rectum. Le

sphincter est souple, la peau du périnée normale, il n'a pas trace d'hémorroïde.

OBSERVATION XXXIV

(In thèse de Véron (Obs. XV.)

Hémorroïdes internes, datant de dix ans. Volumineuses avec bourrelet annulaire. Hémorrhagies abondantes. Anémie prononcée. Prolapsus répété, facilement réductible. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent. Ayant persisté tel 1 an après l'intervention.

C. 48 ans, mécanicien, entre le 6 novembre 1898, à l'hôpital Beaujon, dans le service Th. Anger.

Opéré le 9 novembre 1898 par M. Lejars.

Exéat le 24 novembre.

Résultat éloigné après 1 an : Le malade n'a jamais eu d'incontinence, les selles lui sont faciles, régulières, quotidiennes, De volume normal. Plus de douleur, aucune démangeaison.

A l'examen de l'anus nous ne trouvons aucune trace de nouvelle production hémorroïdaire. La ligne cicatricielle, est complète; absolument circonférentielle, profondément attirée vers le rectum. Les plis radiés sont nombreux, l'anus paraît absolument normal à la vue. Le doigt introduit dans le rectum, constate que le sphincter possède toute sa tonicité et toute sa contractilité. Sa santé générale est très bonne. L'opéré a retrouvé toutes ses forces antérieures.

OBSERVATION XXXV (personnelle).

Hémorroïdes internes, procidentes, hémorrhagies fréquentes. Constipation. Opération sanglante à la Whitehead. Spasme. Dilatation. Résultat bon 13 mois après.

D.-J. — Agé de 51 ans, journalier, entre comme hospitalisé à la maison départementale de la Seine, en février 1906. Il a des hémorroïdes internes procidentes.

Entre dans le service de chirurgie le 15 mai. Il souffre en allant à la selle, a de fréquentes hémorrhagiés est très constipé.

On lui fait un Whitehead le 21 mai 1906. Le lendemain de l'opération, le malade arrache le drain qu'il avait dans le rectum et souvent, dans la suite, il enlève son pansement.

Il sort le 10 juin.

Le 27 avril 1907, notre ancien malade revient nous consulter, il se plaint de ne pouvoir aller à la selle que difficilement. A l'examen de la région anale, on constate que le malade n'a plus d'hémorroïde. La cicatrice est bonne. Le toucher est difficile, le doigt ne pénètre dans le rectum qu'en forçant un peu. Nous sommes à ce moment à onze mois environ de l'opération. On pense à un rétrécissement, ou à un spasme. On fait alors au malade deux séances de dilatation instrumentale avec les bougies d'Hégar. Après la deuxième séance le sphincter a retrouvé toute sa souplesse, et le malade va fort bien à la selle.

Le 15 juin, nous revoyons D.; le bon fonctionnement du sphincter s'est maintenu, le malade n'éprouve plus aucune gêne, aucune difficulté pour aller à la selle.

OBSERVATION XXXVI (résumé).

In thèse de Labaume (Obs. IX.)

Hémorroïdes internes procidentes. Hémorrhagies. Cure à la Whitehead. Résultat excellent 9 mois après l'opération.

M.-E. âgé de 40 ans, opéré le 30 avril 1897, est revu au mois de janvier 1898.

Depuis l'opération les selles n'ont pas cessé d'être régulières. Elles ne sont nullement douloureuses, et jamais le malade n'a aperçu de trace de sang dans ses matières. Il se plaint seulement de douleurs légères, lorsqu'il occupe pendant longtemps la position assise. Ces douleurs disparaissent dès qu'il se lève, et ne se reproduisent pas, tant qu'il reste debout.

M. E. qui ne pesait que 58 kilogrammes avant son départ pour Lyon, atteint maintenant le poids de 65 kilogrammes. Il ne demande qu'une chose, c'est que son état actuel se maintienne longtemps encore.

OBSERVATION XXXVII (résumée).

(In thèse de Véron. Obs. XVI).

Hémorroïdes totales en bourrelet interne et externe volumineux. Pertes de sang très abondantes. Anémie profonde. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent demeure tel, huit mois après.

L. B..., femme, 34 ans, entre le 3 décembre 1898 à Beaujon, salle Huguier, dans le service de M. Th. Anger.

Opérée le 5 décembre par M. Lejars.

Exeat le 23 décembre.

Résultat opératoire huit mois plus tard : Aspect absolument normal de la région anale, nombreux plis radiés, la ligne de cicatrisation cutanéomuqueuse est complètement circulaire. Le sphincter a conservé toute sa tonicité et sa perméabilité. Jamais d'incontinence de matières fécales. La malade va régulièrement à la garde-robe. L'opération a supprimé radicalement les pertes de sang. L'état anémique a disparu. Le poids de la malade s'est accru de 5 kilogrammes.

OBSERVATION XXXVIII (résumée).

(In *thèse* de Labaume. Obs. I^{III}).

Hémorroïdes internes procidentes et ulcérées. Hémorroïdes externes. Excision par le procédé de Whitehead. Résultat après sept mois.

S. J..., 49 ans, tisseur, entre le 6 mai 1897, à l'hôpital de la Croix-Rousse (Lyon), sort le 7 juin opéré et guéri.

Il est revu le 19 décembre, sept mois après. La guérison s'est maintenue aussi complète qu'après les premiers jours. Cet homme a pu reprendre son travail dès sa sortie de l'hôpital. Actuellement les selles sont régulières. Il n'y a plus ni hémorrhagie, ni douleur. Nulle gêne au moment de la défécation. Du reste la région anale paraît absolument normale, à l'examen comme au toucher. On n'éprouve aucune sensation de rétrécissement au moment où le doigt pénètre dans le conduit ano-rectal. A signaler, une petite éminence située à droite, à la limite de la peau et de la muqueuse, due à la suture.

OBSERVATION XXXIX (résumée).

(In thèse de Véron. Obs. XVII).

Hémorrhôïdes datant de vingt quatre ans, formant un bourrelet circulaire, volumineuses. A procidence répétée. Devenues irréductibles à la longue. Douleur vive. Pertes de sang abondantes. Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent, et s'étant maintenu tel huit mois après.

C. B..., 38 ans, employé des postes, entre le 26 novembre 1898 à Lariboisière, dans le service de M. Peyrot.

Opéré le 3 décembre par M. Guinard.

Exeat le 25 décembre 1898, guéri.

Résultat après huit mois : La constipation n'existe plus. Les selles sont régulières, les pertes de sang ne se sont point reproduites, légère atonie sphinctérienne les cinq ou six semaines qui ont suivi l'opération. Depuis le sphincter a retrouvé toute sa tonicité, comme on peut s'en assurer par le toucher rectal. Selles normales. La région anale est en parfait état, on ne saurait supposer à son inspection qu'elle a été le siège d'une opération. La ligne cicatricielle est profondément enfoncée dans l'anus. Pas de trace d'hémorrhôïde, pas de rétrécissement.

OBSERVATION XL (résumée).

(In thèse de Véron. Obs. XVIII).

Hémorrhôïdes internes, volumineuses, très anciennes, devenues procidentes et irréductibles. Douleur violente.

Cure sanglante à la Whitehead. Résultat immédiat excellent ayant persisté depuis sept mois.

J. R..., 62 ans, concierge, entre le 17 février 1899 à Lariboisière, dans le service de M. Peyrot.

Opéré le 20 février par M. Souligoux.

Exeat, guéri le 3 mars.

Résultat éloigné: Durant quinze jours à trois semaines après sa sortie, légère atonie musculaire du sphincter. Douleur et constipation ont complètement disparu. L'anus présente de nombreux plis radiés. La ligne cicatricielle est cachée dans la profondeur du conduit anal. Il n'y a pas de trace de récurrence. Le toucher rectal démontre la tonicité et la dilatabilité du sphincter.

Bon résultat local et général.

OBSERVATION XLI (personnelle).

Hémorroïdes internes, procidentes, douloureuses, surtout au moment des selles. Fréquentes et abondantes hémorragies. Cure radicale à la Whitehead. Résultat immédiat excellent ; se maintient tel six mois après.

D. E..., 52 ans.

Entré dans le service de chirurgie de M. Reymond, à l'hôpital départemental de la Seine. A l'examen, nous constatons la présence d'un volumineux paquet hémorroïdaire. Le malade n'a pas de troubles digestifs, éprouve peu de douleurs en allant à la garde robe, mais a de fréquentes et abondantes hémorragies.

Il est opéré le 28 janvier 1907.

Sort guéri quinze jours après.

Nous le revoyons le 4 juin. Il n'a ni diarrhée, ni constipa-

tion. Il n'éprouve plus de douleurs en allant à la selle. A l'examen de la région anale et en entr'ouvrant les plis radiés, on voit une ligne blanche, qui est la cicatrice de l'opération. Nous avons constaté qu'aucun des points faits au catgut (c'est le catgut que nous avons toujours employé pour faire les sutures cutanéomuqueuses, toutes les fois que nous avons dû intervenir pour des hémorroïdes) n'avait cédé. Au toucher on se rend compte que la muqueuse est saine. Le malade est encore obligé de se hâter de le satisfaire, lorsque le besoin d'aller à la selle se fait sentir.

OBSERVATION XLII (personnelle).

Hémorroïdes externes volumineuses. Bourrelets internes. Selles très douloureuses. Cure radicale. Whitehead. Résultat excellent immédiat, tel six mois après l'opération.

R. S..., 60 ans, commissionnaire.

Se présente à la consultation de l'hôpital départemental de la Seine. Il est admis dans le service de chirurgie. Il souffre depuis longtemps au niveau de la région anale, il est très constipé. La défécation est très douloureuse ; il n'a pas d'hémorrhagies fréquentes.

A l'examen de la région anale on peut constater l'existence d'hémorroïdes externes volumineuses ; par l'orifice, se font jour également quelques bourrelets veineux ectasiés internes. L'opération est pratiquée le 31 décembre 1906 ; il sort guéri le 20 janvier 1907.

Actuellement, le 15 juin, il n'éprouve plus de douleur en allant à la garde-robe ; plus de constipation, pas d'hémorrhagie post-opératoire. La cicatrice est parfaite.

OBSERVATION XLIII (personnelle).

Bourrelets hémorroïdaux presque en couronne, procidents, douleurs vives. Constipation. Hémorrhagies. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Résultat immédiat excellent, qui se maintient tel six mois après.

F. H..., 68 ans, journalier, entre dans le service de M. Reymond à l'hôpital départemental de la Seine, au début du mois de décembre 1906.

Ce malade présentait autour de l'orifice anal un bourrelet hémorroïdaire circonférentiel, qui devenait procident surtout lorsqu'il faisait des efforts. Il était constipé et souffrait au moment de l'expulsion des matières fécales. Il est opéré le 15 décembre ; sort guéri le 10 janvier.

Résultat six mois après : Nous revoyons F... six mois après son opération. La constipation a disparu. Il n'éprouve plus de douleur à la défécation. L'effort ne donne issu, par l'orifice anal, à aucune trace d'hémorroïde. Lorsqu'on pratique le toucher anal, on se rend compte que le sphincter a gardé sa tonicité normale, il est souple, dilatable ; il n'y a pas trace de rétrécissement, ni de veine turgescence. L'écartement des plis radiés permet de voir la ligne cicatricielle parfaitement circulaire, et large de 1 à 2 millimètres.

OBSERVATION XLIV

In *Thèse* de Delestang. (Obs. VIII).

Femme, 36 ans.

Opérée le 16 août 1893.

Revue quatre mois après.

Elle ne souffre plus, ni pendant, ni après les garde-robes.
Le résultat est excellent.

OBSERVATION XLV (résumée).

In *Thèse* de Martin. (Obs. X).

Hémorroïdes externes et internes, volumineuses, datant de vingt ans. Irreductibles. Anémie. Etat nerveux. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Guérison avec résultat excellent.

H..., 57 ans, homme.

Résultat trois mois après: Quand on examine l'anus, celui-ci se présente dans des conditions telles, que le malade ne semble pas avoir subi d'opération.

L'anus, fermé, est entouré de ses plis rayonnés, la contraction du sphincter est énergique. Il n'y a pas trace de rétrécissement. Tout vestige d'hémorroïde a disparu. Il faut noter cependant que la défécation est quelquefois encore un peu douloureuse. La cicatrice est marquée par un liseré blanc à peine visible.

L'état général a subi une modification aussi satisfaisante que l'état local.

OBSERVATION XLVI (résumée.)

In *these* de Delestang (Obs. VI).

Hémorroïdes internes procidentes et irréductibles.

H..., 21 ans.

Opéré le 11 août 1893. Sort guéri.

Revu en octobre, deux mois et demi après l'intervention : il a conservé tout le bénéfice de l'opération. Il n'a plus d'hémorrhoïdes. n'est plus constipé. Il n'y a pas de rétrécissement.

OBSERVATION XLVII (résumée).

(In thèse de Martin (Obs. V).

Hémorrhoïdes internes et externes. volumineuses et pro-cidentales. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Guérison par première intention. Résultat immédiat excellent qui s'est maintenu deux mois après.

H. . , 32 ans.

Opéré au Val-de-Grâce par M. Delorme.

Examen du malade deux mois après l'intervention :

Région anale normale, disparition définitive des hémorrhoïdes. Tonicité du sphincter conservée intacte. Réunion directe, par première intention, de la muqueuse et de la peau. Selles normales, régulières, bien moulées. Sensation du besoin d'aller à la selle nettement perçue.

OBSERVATION XLVIII (résumée.)

In thèse de Martin (Obs. II).

Hémorrhoïdes internes et externes, volumineuses, circulaires. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Guérison par première intention. Résultat bon.

H. . . , 24 ans, opéré au Val-de-Grâce.

Résultat deux mois après l'opération.

Région anale d'aspect normal. A droite, persistance d'un très léger bourrelet; parce que à ce niveau une portion de peau érectile a été, à tort, conservée. Réunion linéaire de la muqueuse à la peau.

La muqueuse est à une profondeur de 1 centimètre de l'orifice anal, à l'état de repos. La contractilité du sphincter est absolument normale. Il n'y a pas de rétrécissement anal, ni de prolapsus muqueux. Le malade n'éprouve pas la moindre gêne pendant la défécation. Les selles non sanglantes, sont faciles et régulières.

OBSERVATION XLIX (résumée.)

In thèse de Martin (Obs. I).

Hémorroïdes internes et externes. Cure radicale par le procédé de Whitehead. Guérison définitive sans trouble fonctionnel.

H..., 23 ans. Opéré au Val-de-Grâce.

Deux mois après l'opération selles faciles régulières; tonicité du sphincter normale.

Il ne semble pas que cet homme ait subi une opération, tant la région anale paraît normale. Disparition complète des hémorroïdes. Dilatation régulière et non douloureuse du sphincter, pendant les selles. Pas de trace de rétrécissement.

Réunion circulaire de la peau à la muqueuse, par une ligne cicatricielle à peine visible.

CONCLUSIONS

I. — L'exérèse totale ou cure radicale suivant le procédé de Whitehead, ou suivant la technique d'un de ses dérivés, est le traitement qui convient le mieux aux hémorroïdes volumineuses, internes ou externes, lorsqu'elles occupent tout le pourtour de l'anus ; surtout lorsqu'elles ont un retentissement considérable sur l'état général du malade.

II. — Le procédé de Whitehead est mieux indiqué encore lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes complètes, à la fois internes et externes.

III. — Les critiques qu'on a adressées à l'excision totale nous paraissent exagérées. Puisque nous savons être propres même au niveau de la région ano-rectale, les rétrécissements, les hémorragies, ne se produiront pas : l'atonie du sphincter ne sera que passagère, si on a bien soin d'observer les règles pré et post-opératoires dont nous avons parlé.

IV. — L'opération de Whitehead supprimant la totalité de muqueuse malade, met à l'abri des récidives. Les autres méthodes, au contraire, laissant des portions malades, per-

mettent à ces îlots d'être, dans la suite, l'origine de poussées hémorroïdaires nouvelles.

V. — Les opérés par le procédé de Whitehead sont et restent guéris. Les résultats éloignés de la méthode sont aussi satisfaisants que les résultats immédiats. Souvent même, si on n'était prévenu, on ne saurait croire que les opérés ont subi une intervention,

VI. — Nous accordons d'ailleurs tout crédit aux procédés d'excision partielle, d'ignipuncture, etc., lorsqu'il s'agit de bourrelets isolés, et facilement pédiculisables.

Vu: LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
F. TERRIER.

VU LE DOYEN :

M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLINGHAM (H.-W.). — A modified method of performing Whitehead's operation of excision of Piles. *Med. Press and circular*, 1888, t. XLV, p. 657.
- AMUSAT (J.). — Mémoire sur la destruction des hémorroïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique à la potasse et à la chaux. Paris, 1846.
- AMARAL (Antonio P. de). — *Thèse de doctorat*, 1905.
- ANÉ. — Contribution à l'étude de la cure radicale des hémorroïdes. Procédé Whitehead-Picqué. *Thèse*, Paris, 1898, n° 14.
- BODENHAMER. — The ligation of haemorrhoidal tumors. *The medical Rec. N.-Y.*, 1880, t. XVIII, p. 147.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*. Paris, 1859, p. 383, 286, 294, 303.
- BARANCY. — Hémorroïdes procidentes ; dilatation et opération de Whitehead ; anesthésie locale par la stovaine. *Poitou médical*, Poitiers, 1905, p. 149.
- BALTAR-CORTÈS (A.). — Algunas consideraciones sobre el procedimiento de los doctores Vercesco y Potarca, de Rumania, para operar hemorrhoïdes. *Rev. de med. y cirurg. pract.*, Madrid, 1904, p. 213-215.
- CRISTOFARI. — Du traitement chirurgical des hémorroïdes, et en particulier de la dilatation forcée. *Thèse*, Paris, 1876, n° 164.
- DELORME. — *Bull. et mém. de la soc. de chir.*, Paris, 1892, p. 498.

- DELESTANG. — Choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des hémorroïdes. *Thèse*, Paris, 1893-1894, n° 97.
- DEVILLIERS (D.). Traitement des hémorroïdes par l'hémimélin virginica et l'adrénaline. *Thèse*, Paris, 1902-1903, n° 522.
- ESMARCH. — Die Krankheiten des Mastdarmes. *Stuttgart*, 1887, p. 166.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, t. II, p. 869.
- FONTAN. — *Bull. et mém. de la soc. de chir.* Paris, 1877, p. 141. Rapp. de Th. Auger.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hémorroïdes. Paris, 1866, in 8.
- GRAVIER SAINTE-LUCE (M.-J.). — Indications générales du traitement des hémorroïdes. Exposé et choix des procédés. *Th.*, Paris, 1898-1899, n° 530.
- GIBBS. — The clamp and cautery operation for hæmorrhoids. *N.-Y. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 462.
- HIRST (Bartou Cooke). — Stricture of the rectum following a Whitehead operation for hæmorrhoids, *Med. news Philadelphia*, 1894, t. I, p. 347.
- HOUSTON. — *Dublin Journal of med. Sc.*, 1843, t. LVII, p. 584.
- KELSEY. — The treatment of hémorrhoids, fistula. without operations. *New-York*, 1897.
- A new clamp for the operation of hæmorrhoids. *N.-Y. med. Journ.*, 1905, p. 778.
- *N.-Y. med. Journ.*, 1882, t. XXXVI, p. 131.
- KUNINTSEFF (I. V.). — Surgical treatment of hæmorrhoids. *Russk. chir. arch.* Saint Péterbourg, 1905, p. 250-267.
- LANGOT (W. L.). — Les hémorroïdes et leur traitement par la pince écrasante. *Th.* Paris, 1883 n° 442.
- LEIBOVICI (A.). — Du traitement chirurgical des hémorroïdes. (Procédé du docteur Blum.) *Th.* Paris, 1901-1902, n° 219.

LABAUME. — De l'excision des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. *Th.* Lyon, 1898 n° 93.

LAPLACE (E.). — The removal of internal hæmorrhoids by excision. *M.-Y. Méd. journ.* 1904, p. 1212-1214.

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie. T. VIII, p. 508.

MARTIN (A.). — Contribution à l'étude du traitement des hémorroïdes. *Procédé Whitehead-Delorme. Th.* Paris, 1892-1893, n° 318.

MONOD (Ch.) ET (J.) VANVERTS. — Traité de technique opératoire. Paris, 1902.

MONOD (Ch.). — De la cure chirurgicale des hémorroïdes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1899. T. XXV, p. 533-549-616-639-661.

MONOD (F.). — De la dilatation forcée du sphincter de l'anus considérée spécialement dans son application au traitement des hémorroïdes. *Thèse*, Paris 1877, n° 2469.

MARION. — Manuel de thérapeutique chirurgicale. Paris, 1907.

MEESEMEKER. — Traitement chirurgical des hémorroïdes. *Th.* Paris, 1892-1893, n° 335.

POTARCA (J.). — Sur un nouveau procédé opératoire des hémorroïdes. *In revue de chirurgie*, 10 mai 1902.

QUENU. — Congrès Français de chirurgie. Paris, 1893 p. 467.
— *Bull. et mém. de la Société de chirurgie.* Paris, 1892 p. 502.

QUÉNU ET HARTMANN. — Chirurgie du rectum. Paris, 1895.

RICARD ET LAUNAY. — Traité de thérapeutique chirurgicale, p. 643.

RÉCAMIER. — Extension, massage et percussion cadencés dans le traitement des contractures musculaires. *Revue médic. franç. et étrang.*, p. 74 et 781.

RECLUS. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1892 p. 502.

— Traitement des hémorroïdes. *Revue gén. de Clinique et de thérapeutique.* Paris, 1905 p. 337-339.

- ROGERS (C. P.). — The radical treatment of hemorrhoids. *Georgia Pract. Savannah*, 1905, p. 225-227.
- ROSEBBAUM (L.). — Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée. *Th. de Paris* 1895.
- SMITH. — *The lancet* 1871 T., 1 p. 561.
— *The lancet* 1893 T., 1 p. 459.
- SPAAR. — *Journal méd. de Bruxelles*, 1880 T., LXXI p. 211.
- TILLAUX. — Traitement chirurgical des hémorroïdes. *Revue gén. de clin. et de thérapeut.* Paris 1905 p. 337-339.
- VERNEUIL. — Physiologie pathologique et étiologie des rétrécissements qui suivent l'ablation circulaire des hémorroïdes. (*Bull. de la soc. de chir.* Paris 1858-1859. T., IX p. 304-317.
- VÉRON (F.). — Du traitement chirurgical et en particulier de la cure sanglante des hémorroïdes. (Procédé de Whitehead). *Thèse de Paris* 1899-1900 n° 102.
- WHITEHEAD. — *British Med. Journal* 1882. T., 1 p. 148.
— Three hundred consecutive cases of hemorrhoids cured by excision. *British Méd. Journal* 1887. T., 1 p. 449-451.
— Réponse à M. Kelsy, in *N. Y. méd. Journ.* février 1890.

